Nr 44 31. października 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD.

Doc. dr Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.

W sprawie wskazań i techniki cięcia cesarskiego.

Z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Wskazania do cięcia cesarskiego oparte na podstawach naukowych opracował Levret w XVIII wieku. Wykonywano wtedy cięcie cesarskie głównie w przypadkach miednic ścieśnionych, i to w takim ścieśnieniu, gdy ręka badającego nie mogła przejść przez wchód miednicy małej. Były to wskazania bezwzględne. Śmiertelność rodzących była wtedy bardzo duża. Taki stan istniał nieomal do końca XIX wieku. Otwierano macicę w trzonie na dużej przestrzeni; nie szyto mięśnia macicy, gdyż sądzono, że założenie szwu na przeciętą macicę jest rzeczą niepotrzebną i niebezpieczną. Jeszcze w latach 1855—1881 Scanzoni, Braun, Naegeli, Zweifel i inni, nie szyli zupełnie macicy mimo, że w roku 1852 Sänger wprowadził szew macicy i wykazał, że jest on konieczny i bezpieczny, jeżeli jest aseptyczny i prawidłowo założony. Był to pierwszy krok naprzód w rozwoju cięcia cesarskiego.

Wskutek złych wyników cięcie cesarskie pod koniec XIX wieku wykonywano bardzo rzadko, gdyż śmiertelność matek była jeszcze duża. Dopiero w naszym stuleciu, dzięki zdobyczom aseptyki i antyseptyki nastąpił rozwój cięcia cesarskiego. Gdy na początku tego stulecia wykonywano cięcie cesarskie tylko głównie ze wskazania bezwzględnego, to z biegiem czasu wskazania do cięcia cesarskiego stają się coraz śmielsze i bardziej różnorodne.

Aby zmniejszyć śmiertelność matek, uchronić rodzącą przed zapaleniem otrzewnej, gdyż to powikłanie stanowiło jedną z częstszych przyczyn niepowodzenia, opracowano na początku XX wieku technikę cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego (Franck, Döderlein, Latzko, Küstner), jako metodę postępowania w przypadkach podejrzanych co do czystości.

Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe nie spełniło pokładanych w nim nadziei. Wyniki w przypadkach zakażonych były złe, w przypadkach czystych nie były wcale lepsze, a zdaniem niektórych klinicystów nawet gorsze, niż po cięciu śródotrzewnowym. Uwzględniając w dodatku pewne trudności techniczne w wykonaniu cięcia pozaotrzewnowego — zaniechano go prawie zupełnie. Tylko nieliczni klinicyści pozostali wierni nadal tej metodzie operacyjnej.

Stosowanie przez pewien okres tych dwu metod operacyjnych, porównywanie osiągniętych rezultatów przyczyniło się do ugruntowania zasady niezwykle doniosłej dla dalszego rozwoju cięcia cesarskiego, a mianowicie, że drogą cięcia cesarskiego należy rozwiązywać przypadki czyste. Nie metoda, lecz dobór przypadków decyduje o wynikach.

Pod tym kątem widzenia nastąpiła rewizja wskazań do cięcia cesarskiego. Na początku naszego stulecia niektórzy klinicyści ograniczali wskazania tak dalece, iż nie wykonywali cięcia cesarskiego w przypadkach badanych na początku porodu wewnętrznie; inni znowu rozwiązywali tylko te rodzące, które jako ciężarne znajdowały się w obserwacji klinicznej pewien okres czasu i były szczególnie przygotowane. W tych warunkach uzyskano po cięciu cesarskim wyniki bardzo dobre. Posługiwano się wtedy głównie następującą techniką. Wytaczano macicę przed powłoki brzuszne, otwierano macicę w trzonie, szyto mięsień macicy jedno- lub dwuwarstwowo, nakrywając ranę szwem otrzewnowym Lemberta. W czasie zabiegu asystent uciskał tętnice maciczne palcami lub też na dolny odcinek macicy zakładano dren gumowy, mocno go zawiązując, aby w ten sposób zmniejszyć krwawienie, które przeszkadzało dokładnemu założeniu szwów; chętnie tamponowano wnętrze macicy.

U nas we Lwowie na oddziale położniczym, w latach 1912—1925 posługiwano się techniką opracowaną przez Franca i Baischa. Jeszcze i dzisiaj można znaleźć nielicznych co prawda zwolenników tej techniki operacyjnej.

Z cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego wyłoniła się nowa metoda operacyjna, a mianowicie cięcie cesarskie śródotrzewnowe w dolnym odcinku macicy. W okresie powojennym metoda ta zyskała sobie powszechne uznanie i zastosowanie. Znakomite statystyki, jakie wkrótce poczęły się ukazywać z najrozmaitszych klinik, głosy zachwytu poważnych klinicystów nad dodatnimi wynikami doraźnymi i odległymi spowodowały stopniowo wzrastający liberalizm we wskazaniach do cięcia cesarskiego. Wspaniały rozwój aseptyki i techniki operacyjnej zachęciły ogół klinicystów do rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego.

Coraz częściej zaczęły się odzywać głosy, iż matka i płód mają równe prawa do życia, a wymóżdżenie płodu żywego w zakładach wzorowo prowadzonych nie powinno mieć miejsca. Usunięto w niektórych klinikach stosowanie kleszczy wysokich, obrót zapobiegawczy, hebosteotomię. Położnictwo kliniczne zaczęło ulegać poważnym i zasadniczym przeobrażeniom. Znaleźli się reformatorzy, jak Hirsch, którzy nieomal całe kliniczne położnictwo operacyjne chcieli sprowadzić do cięcia cesarskiego jako zabiegu najkorzystniejszego dla matki i płodu.

Wskazania do cięcia cesarskiego w tym okresie stawały się coraz bardziej liberalne. Cięcie cesarskie na całym świecie stało się zabiegiem codziennym, zwykłym, do którego przystępowało się bez najmniejszej emocji.

Tego rodzaju postępowanie upraszczało ogromnie położnictwo kliniczne. Klinicysta dawniejszy wkładał w położnictwo dużo pracy, nerwów, dużo wysiłku myślowego i fizycznego. Obecnie znalazł się w warunkach zupełnie odmiennych, wygodnych. W wielu umysłach nastąpiło zmechanizowanie położnictwa. Zjawisko to dało się zaobserwować w całym świecie, w niektórych krajach w sposób jaskrawy. Amerykanie w ostatnich dziesiątkach lat, jak widać ze statystyk, wykonywali cięcie cesarskie od 6% do 10% wszystkich rodzących. W Anglii i Holandii wskazania do cięcia cesarskiego były niezwykle liberalne i szerokie; śmiertelność po cięciu cesarskim była 16 razy większa, niż śmiertelność po porodach w całej Anglii i Walii.

Stale wzbierająca fala rozwoju cięcia cesarskiego, różnorodność wskazań, uzyskane wyniki doraźne i odległe — zmusiły wybitnych klinicystów do zastanowienia się nad tym zagadnieniem. Oparto się na statystykach, obejmujących zestawienie operacji cięć cesarskich, wykonanych w pewnym okresie czasu przez różnych operatorów w różnych zakładach położniczych danego kraju. Statystyce tak pojętej nie można odmówić walorów, jako metodzie badania naukowego.

Taką statystykę, obejmującą Rzeszę Niemiecką opracował Winter w roku 1928. U nas w rok później podobne zestawienie oparte na tych samych zasadach sporządził Gromadzki. Gromadzki wykazał 9,36% śmiertelności matek po cięciu cesarskim; śmiertelność po cięciu w dolnym odcinku wyniosła 3,14%, po cięciu klasycznym — 13,33%.

W statystyce Wintera śmiertelność wynosiła 7,1%: po cięciu w dolnym odcinku 3,7% — klasycznym 6,4%, Fritscha — 8,9%, pozaotrzewnowym — 6,7%. W przypadkach zakażonych śmiertelność w statystyce Wintera dochodziła do 40%.

Wyniki podane przez Wintera i Gromadzkiego były bardzo wymowne. Statystyka Gromadzkiego była niekompletna, gdyż wiele zakładów położniczych nie odpowiedziało na ankiety, a do niektórych zakładów ankieta nie dotarła. Podkreśla to Gromadzki.

Cyfry mają najbardziej przekonywującą wymowę. Ze zdumieniem dowiedział się ogół lekarzy położników, jak wielka ilość kobiet ginie po tak niewinnym zdawało by się zabiegu. Nasze bowiem osobiste doświadczenie kliniczne, statystyki indywidualne, dotyczące danego zakładu położniczego nie pozwalały przypuszczać, że wyniki z wielu różnorodnych zakładów razem wzięte będą aż tak niekorzystne. Przecież po najpoważniejszych laparotomiach, za wyjątkiem operacji radykalnej Wertheima, wyniki w dobie obecnej były lepsze.

Bliższa analiza statystyk cięć cesarskich wykazała, iż przyczyny tak wielkiej śmiertelności po cięciu cesarskim doszuki-

wać się należy w zbyt liberalnych wskazaniach głównie w przypadkach zakażonych lub podejrzanych co do czystości.

Nieliczni w tym okresie przeciwnicy rozszerzonych wskazań do cięcia cesarskiego znaleźli w statystyce Wintera poważny argument dla wzmocnienia swego stanowiska.

Poczęły ukazywać się prace, omawiające późniejsze następstwa po cięciach cesarskich. Podnoszono między innymi wysoki odsetek niepłodności kobiet, dochodzący do 60%, jako następstwo cięcia cesarskiego; zwracano uwagę, iż wydajność pracy tych kobiet jest znacznie mniejsza; zaburzenia miesiączkowe, bóle, zrosty, przepukliny stanowić miały nierzadkie powikłania po cięciu cesarskim. Liczyć się należy z możliwością zatorów, które to powikłanie w dobie obecnej jest groźniejsze, niż zapalenie otrzewnej, wystąpić może skręt kiszek, zapalenie płuc i inne powikłania, które obciążają cięcie cesarskie.

W przypadkach zatruć ciążowych znacznego stopnia występują poważne zaburzenia w przemianie materii, w narządzie krążenia, istnieć mogą daleko posunięte zmiany zwyrodnieniowe. W tych przypadkach cięcie cesarskie stosowane tak pochopnie może być poważnym urazem i spowodować katastrofę.

Poddano rewizji wskazania do cięcia cesarskiego w przypadkach łożyska przodującego, wykazując, iż śmiertelność jest jednak dość znaczna.

Winter spowodował okres krytycyzmu w stosunku do cięcia cesarskiego — sprawa wskazań do cięcia cesarskiego stanęła na porządku dziennym. Dlatego też lata od roku 1928 do chwili obecnej stanowią nowy etap w rozwoju cięcia cesarskiego.

Studiując piśmiennictwo światowe z tego okresu — zauważymy pewien spadek ilości cięć cesarskich. Procentowo ilość cięć cesarskich wykonywanych we wszystkich klinikach położniczych i zakładach położniczych jest mniejsza, niż przed rokiem 1930. Wyjątkowe postępowanie niektórych klinicystów, jak np. Hirscha lub Dörflera w Niemczech, którzy we wskazaniach do cięcia cesarskiego zdystansowali Amerykanów i Anglików — nie może wchodzi w rachubę; jest ono bowiem wyrazem indywidualnego pojmowania położnictwa. Ich postępowanie spotkało się z poważną krytyką wielu najpoważniejszych klinicystów. U Dörflera cięcia cesarskie stanowią 16% wszystkich porodów. Dlatego też Winter w polemice z Dörflerem wprost oświadczył, iż obawia się, aby Dörfler ze swoimi wskazaniami nie zasłużył sobie na miano „niemieckiego Pottera". Gdy Potter w każdym nieomal przypadku fizjologicznego przebiegu porodu wykonywał obrót na nóżkę, to Dörfler. zdaniem Wintera, skłonny jest w każdym przypadku porodu wykonać cięcie cesarskie, jeżeli rodząca będzie sobie tego życzyć.

Nadzieje, jakie pokładano w cięciu cesarskim szyjkowym w przypadkach nieczystych, podejrzanych — zawiodły. Doszliśmy jeszcze raz do tej prawdy, iż wyniki dla matek będą najkorzystniejsze w przypadkach czystych. Takie właśnie przypadki w klinikach i zakładach położniczych nie są częste. Przeważnie bowiem mamy do czynienia z rodzącymi, badanymi wewnętrznie kilkakrotnie przez położne lub babki (na naszym terenie), z rodzącymi, skierowanymi do zakładu w kilkanaście lub kilkadziesiąt godzin po odejściu wód płodowych. Stosunki podobne (za wyjątkiem babek) istnieją także w krajach o dużej kulturze; odsetek rodzących zgłaszających się do porodu w stanie zakażenia jest jeszcze dość znaczny.

Wyrazem postępu w położnictwie będzie rozbudowa zapobiegania położniczego w terenie, tworzenie stacji opieki nad ciężarną, jak najszersze uświadamianie o konieczności badania kobiet ciężarnych, ewidencja tych ciężarnych, które bezwarunkowo powinny odbyć poród w zakładach położniczych. Postępem w położnictwie będzie rozbudowa oddziałów położniczych głównie na prowincji, organizacja pogotowia położniczego w całym kraju itp.

Obecnie społeczeństwo zaczyna się już coraz bardziej troszczyć, komu powierzyć losy kobiety rodzącej; uświadomienie w tym kierunku jest już dość znaczne. Ilość porodów w zakładach położniczych dużych miast stale wzrasta, a ilość porodów odbytych w domu się zmniejsza. U nas, we Lwowie, daje się odczuwać w zakładzie położniczym dotkliwy brak miejsca dla rodzących. Są to zjawiska znamienne.

Dyskusje w Tow. Gin. Polskich niezbicie dowodzą, że w naszym położnictwie odbywa się od kilkunastu lat ewolucja pod hasłem zagwarantowania matce i dziecku maksimum bezpieczeństwa w czasie porodu. Jak daleko zaszliśmy w swoim czasie w tym kierunku dowodem była skłonność ratowania matki i dziecka w przypadkach zakażonych.

Klinika warszawska stosowała w podobnych przypadkach przetokę Sellheima, wykonując w ciągu ostatnich lat pokaźną liczbę tych operacyj. Na naszym oddziale usiłowaliśmy rozwiązać to zagadnienie, wykonując operację Portesa i Reifferscheida, a w ostatnich latach pod wpływem kliniki warszawskiej operację Sellheima. Skłonność traktowania matki na równi z dzieckiem w czasie porodu uwydatniła się w ostatnich latach w postępowaniu wielu klinicystów. Stąd też powstała niezliczona ilość modyfikacyj cięć cesarskich dla przypadków zakażonych. Sądzimy obecnie, że zabiegi te, które rzecz prosta wykonywaliśmy w pewnych warunkach z konieczności, zasadniczo nie są w stanie spełnić należycie i niezawodnie swego zadania i nie załatwią sprawy rozwiązania przypadków zakażonych. Na razie nie posiadamy takiej metody operacyjnej, która by w tych warunkach gwarantowała maksimum bezpieczeństwa matce i dziecku. Jak długo nie posiądziemy środka, za pomocą którego można by było uodpornić organizm zakażony, tak długo w tych przypadkach należy się wstrzymać od cięcia cesarskiego; zakażenie bowiem jest największym wrogiem cięcia cesarskiego. Jeżeli uwzględnimy jeszcze czynniki społeczne to w przypadkach zakażonych będzie korzystniej dla rodzącej, jeżeli rozwiążemy ją w ostateczności za pomocą wymóżdżenia płodu.

Jeśli popatrzymy na rozwój cięcia cesarskiego z punktu widzenia historycznego, to dojdziemy do wniosku, że w konsekwencji należy oczekiwać coraz to lepszych wyników. Wchodzimy w sposób widoczny w okres organizacji położnictwa w szerokim zakresie. Cięcie cesarskie stanowi tak poważny dorobek w położnictwie obecnym, że sądzę, iż w najbliższych latach posiądziemy środki i wytworzymy takie warunki, że śmiertelność rodzących po tym zabiegu spadnie do minimum.

Przystępując do cięcia cesarskiego uwzględnić należy oprócz wskazań położniczych i wskazania ogólne. Należy przeprowadzić jak najdokładniejsze badanie kliniczne, uwzględnić należy konstytucję, wziąć pod uwagę czynniki społeczne itd.

Technika cięcia cesarskiego jest czynnikiem bardzo doniosłym. Zasadniczym warunkiem w technice jest dokładność zeszycia macicy. Od czasów Sängera nie wiele się zmieniło. Zmiany w technice, o których tak dużo się pisze w latach ostatnich, dotyczą głównie sposobu otwarcia jamy brzusznej, macicy, wyboru znieczulenia, materiału do szycia, postępowania w okresie łożyskowym itp. Nie ma takiego miejsca na macicy, w którym by jej nie otwierano: a więc przecinano macicę w trzonie podłużnie, w dnie, na przedniej, bocznej, na tylnej ścianie, w dolnym odcinku podłużnie, wreszcie w dolnym odcinku poprzecznie.

Dla doraźnego wyniku operacji w przypadkach czystych jest rzeczą obojętną, gdzie macica zostanie przecięta. Najważniejsze, aby przecięte miejsce zostało *lege artis* zeszyte.

Studiując piśmiennictwo ostatnich kilku lat nie trudno się przekonać, że i obecnie są jeszcze zwolennicy cięcia cesarskiego klasycznego, którzy uważają ten sposób postępowania za najkorzystniejszy, pokaźną grupę stanowią zwolennicy cięcia trzonowo-szyjnego. Istnieją jeszcze nieliczni co prawda zwolennicy otwierania macicy w dnie sposobem Fritscha. Znaczną grupę stanowią zwolennicy cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego.

Technika cięcia cesarskiego ma wielkie znaczenie, gdy idzie o wyniki odległe. Wobec rozszerzonych wskazań do cięcia cesarskiego, wybór techniki ma znaczenie poważne. Udoskonalenie zatem techniki, ujednostajnienie jej jest wyrazem postępu i dla rozwoju cięcia cesarskiego ma duże znaczenie. Obecnie bowiem technika jest jeszcze bardzo różnorodna i bardzo indywidualna: ma to ujemny wpływ na ocenę wyników po cięciu cesarskim i doprowadza w konsekwencji do wniosków niekiedy niesłusznych.

Tyle już pisano o wadach cięcia cesarskiego klasycznego, że nie będę nad tą sprawą się zatrzymywał. Chciałbym podkreślić, że ogół położników godzi się z tym faktem, że możliwość pęknięcia w bliźnie lub obok jest większa, gojenie rany skutkiem inwolucji macicy upośledzone, zwijanie się macicy gorsze, uraz operacyjny większy, przepukliny, zrosty częstsze itp.

Od kilkunastu lat zyskało powszechne zastosowanie otwarcie macicy w dolnym odcinku podłużnie, po uprzednim zesunięciu pęcherza moczowego. Uważaliśmy ten sposób postępowania dla wielu przypadków przez szereg lat jako metodę najlepszą. Doświadczenia kliniczne wykazały, iż w technice tej kryją się pewne ujemne strony. W przypadkach niestosunku porodowego, gdy dolny odcinek macicy był bardzo rozciągnięty — technika ta okazała się wygodną. Operując w innych warunkach, a więc w czasie ciąży (łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska, rzucawka), w położeniach poprzecznych, pośladkowych,

w miernym niestosunku porodowym lub u starych pierwiastek, w których to przypadkach stopień rozciągnięcia dolnego odcinka był niedostateczny — napotykaliśmy nierzadko na pewne trudności techniczne.

Chcąc operować jak najniżej w dolnym odcinku, preparowano pęcherz bardzo nisko; nierzadko w pobliżu ujścia wewnętrznego napotkać można było sploty żylne — występowało wtedy krwawienie dość znaczne, wymagające wielu okłuć. Niekiedy podczas wytaczania główki następowało samoistne przedarcie rany macicy ku dołowi w miejscach największego rozciągnięcia dolnego odcinka. Te okoliczności utrudniały operację. Zaobserwowano w tych warunkach obrażenia pęcherza, powstawanie przetok pęcherzowo-szyjkowych, jako następstwo przesadnego operowania w dolnym odcinku. Nic też dziwnego, że w pewnej kategorii przypadków prowadziliśmy cięcie macicy rozpoczęte w dolnym odcinku ku górze, aby nie stwarzać sobie trudności technicznych. Powstało stąd cięcie cesarskie trzonowo-szyjne. Spowodowało to nieścisłość w statystykach cięcia cesarskiego, gdyż bardzo wielka ilość cięć cesarskich, sklasyfikowanych jako cięcie w dolnym odcinku, w istocie z cięciem w dolnym odcinku nie miały nic wspólnego.

Technice cięcia cesarskiego w dolnym odcinku towarzyszyły nierzadko niedogodności, wynikające ze stosunków anatomicznych. Toteż wielu klinicystów, przystępując do cięcia cesarskiego, już *a priori* w pewnych przypadkach decydowało się na wykonanie cięcia cesarskiego trzonowo-szyjnego.

Kilkanaście lat temu, w okresie, kiedy technika cięcia cesarskiego w dolnym odcinku święciła największe tryumfy — pod wpływem tu i ówdzie napotkanych w piśmiennictwie wzmianek o cięciu poprzecznym w dolnym odcinku — zaczęliśmy stosować ową technikę.

Początkowo traktowaliśmy tę technikę jako eksperyment kliniczny; zapoznając się jednak z korzyściami i wygodami tego sposobu postępowania coraz chętniej w różnych przypadkach postępowaliśmy w ten sposób.

W ostatnich 5 latach cięcie poprzeczne macicy w dolnym odcinku zyskało bardzo wielu zwolenników.

Można sceptycznie zapatrywać się na wyniki badań doświadczalnych dotyczących korzystnego dla cięcia poprzecznego przebiegu mięśni i naczyń krwionośnych w dolnym odcinku, można dyskutować, czy blizna poprzeczna jest trwalsza od podłużnej, czy krwawienie jest większe lub mniejsze — jednak przecięcie dolnego odcinka macicy poprzecznie uważać należy za postęp w technice operacyjnej. Pęknięcie blizny w czasie ciąży lub porodu nie zależy tylko od jej umiejscowienia, lecz od całego szeregu czynników powszechnie znanych. Nie zapomnę przypadku cięcia cesarskiego trzonowo-szyjnego, wykonanego u rodzącej z powodu łożyska przodującego. W cztery miesiące po operacji osoba ta zaszła w ciążę, donosiła do czasu, siłami natury urodziła płód żywy, wagi 4.100 g. Przypadki niezwykłej wytrzymałości blizny po cięciu cesarskim, jak również przypadki pęknięcia blizny w czasie porodu lub w ciąży bez zadziałania jakiegoś czynnika z zewnątrz są nam wszystkim znane.

Korzyści z cięcia poprzecznego w dolnym odcinku są bezsporne i dla operującego widoczne. Jest to bowiem naprawdę cięcie w dolnym odcinku, cięcie szyjne; pozostanie ono szyjnym, gdy nastąpi samoistne pęknięcie lub przerwanie mięśni w czasie wytaczania główki płodu. Przedarcia wobec poprzecznego cięcia następują trudniej, niż w cięciu podłużnym; cięcie to upraszcza technikę operacyjną, nie zmusza do szerokiej mobilizacji pęcherza. W każdym przypadku jest ono technicznie możliwe do wykonania bez żadnych trudności.

Istnieją pewne różnice techniczne u różnych autorów. Większość postępuje w ten sposób, iż po przecięciu otrzewnej na macicy zesuwa na niewielkiej przestrzeni pęcherz moczowy ku dołowi i dopiero wtedy otwiera macicę; inni natomiast nie zesuwają pęcherza moczowego, lecz przecinają otrzewnę na macicy wraz z mięśniem. W drugim wypadku może się wydarzyć, iż cięcie poprzeczne zostanie wykonane na granicy między trzonem a szyją, a wtedy brzegi rany nie będą jednakowej grubości. Zespolenie rany — warunek najkardynalniejszy w cięciu cesarskim — może być skutkiem tego trudniejsze. Dlatego też lepiej jest zesunąć pęcherz, aby naprawdę operować w dolnym odcinku — wtedy brzegi rany będą jednakowej grubości, sposób szycia łatwy i wygodny; przykrycie rany na macicy pęcherzem uważam za bardzo korzystne.

Tego rodzaju technika nie jest równoznaczna z głębokim cięciem poprzecznym, wymagającym mobilizacji pęcherza na dużej przestrzeni. Uważam ten sposób postępowania z punktu widzenia techniki za niekorzystny.

Technikę cięcia poprzecznego głębokiego w dolnym odcinku opracował Fuchs. Stosuje ją, jak powiada, ze znakomitym skutkiem i zachęca do tego rodzaju postępowania. W celu zmniejszenia krwawienia zakłada tzw. *isthmus* kompressor Bonney'a, główkę płodu wydobywa specjalnymi kleszczykami (*Galeazange*) chwytając nimi skórę na główce płodu. Technika ta nie znalazła zastosowania.

Wyjątkowe zainteresowanie wśród wielu poważnych klinicystów niemieckich, a i wśród niektórych naszych klinicystów zyskała sobie technika cięcia cesarskiego podana przez Dörflera. Dörfler uważa, że jego technika jest wprost idealna, nadaje się również dla przypadków nieczystych i stanowi przewrót w rozwoju cięcia cesarskiego.

Jest to technika niezwykle prosta i najłatwiejsza. Cięciem w linii środkowej, idącym daleko poza pępek otwiera jamę brzuszną; wytacza macicę przed powłoki brzuszne, „fanatycznie" zaopatruje całą jamę brzuszną kompresami, aby najmniejsza nawet kropelka zawartości jamy macicy nie dostała się do jamy otrzewnej. Jest to jeden z najważniejszych i najistotniejszych, zdaniem Dörflera, warunków tej techniki. Następnie przecina macicę w dolnym odcinku poprzecznie (*supracervicalnie*), wydobywa płód, ranę zaszywa kilkoma piętrami, szyjąc również i błonę śluzową.

Dzięki wytoczeniu macicy przed powłoki brzuszne i dokładnemu osłonięciu kompresami pola operacyjnego uważa Dörfler swoją metodę za metodą pozaotrzewnową. Wyniki, jakie Dörfler uzyskał, nawet w przypadkach nieczystych były jego zdaniem wprost znakomite.

Wystąpienie Dörflera spotkało się z krytyką wielu poważnych klinicystów niemieckich z Winterem na czele. Winter w sposób rzeczowy, nie pozbawiony humoru i ironii wykazał ujemne strony tej techniki i odmówił jej większej wartości i znaczenia. Poddał on również krytyce wskazania Dörflera do cięcia cesarskiego i oświadczył w sposób kategoryczny, że ze stanowiskiem Dörflera nie może się pogodzić, bowiem sposób postępowania Dörflera jest nie przemyślany, założenie błędne i ujmowanie położnictwa wprost niezwykłe.

Szereg poważnych klinicystów niemieckich na zjazdach ginekologów i w prasie wykazał, iż ani sposób otwarcia jamy brzusznej, a co najważniejsze wytaczanie macicy z jamy brzusznej nie można w dobie obecnej uważać za postęp w technice. Nie można również żadną miarą zgodzić się z twierdzeniem Dörflera, iż wytoczenie macicy z jamy brzusznej i osłanianie jamy brzusznej chociażby największą ilością kompresów — upoważnia do twierdzenia, że operacja odbywa się „pozaotrzewnie". Polemika klinicystów niemieckich z Dörflerem odbywa się nadal.

Sprawą bardzo doniosłą dla techniki cięcia cesarskiego jest kwestia, czy operować w narkozie, czy też w znieczuleniu. Większość klinicystów wypowiada się jednak za znieczuleniem rdzeniowym, podnosząc w tym postępowaniu duże korzyści dla matek i płodów.

Ponieważ w czasie ciąży przepuszczalność tkanek jest większa, płyn znieczulający łatwo przenika do krwi i może spowodować porażenie ośrodka oddechowego, dlatego też dawka środka znieczulającego winna być o połowę mniejsza od dawki normalnej. Należy również indywidualizować przypadki; osoby bardzo pobudliwe lepiej operować w narkozie; przeciwwskazania do znieczulenia rdzeniowego są powszechnie znane, dlatego też nie wspominam o nich.

Złe zwijanie się macicy w połogu, toksyczne porażenie nerwów regulujących czynność przewodu pokarmowego, większe przekrwienie w jamie brzusznej — mogą być następstwem uśpienia eterowego. Śmiertelność płodów po narkozie eterowej wskutek zamartwicy jest znacznie większa niż po znieczuleniu.

Niektórzy klinicyści w pewnych przypadkach (wady serca) stosują znieczulenie miejscowe i z wyników są zadowoleni. Awertyna, ewipan znalazły dość znaczne zastosowanie jako środki znieczulające.

Tylko bardzo nieliczni klinicyści tamponują macicę po cięciu.

W okresie łożyskowym godne uwagi doświadczenia kliniczne przeprowadził Snoo. Zeszywa on macicę, pozostawiając łożysko w jamie macicy, aby samoistnie się urodziło. Ten sposób postępowania zmniejsza, jego zdaniem, w wysokim stopniu krwotok, który zwykle występuje po usunięciu łożyska. W wielu przypadkach musiał jednak usuwać łożysko ręcznie.

Z tym postępowaniem nie można się pogodzić, krwotok bowiem nie jest tak wielki, aby go nie można było opanować; zwykle po zeszyciu macicy następuje jej skurcz i krwotok usta-

je. W znieczuleniu rdzeniowym operujemy zupełnie bezkrwawo. Zwolennicy narkozy inhalacyjnej, która sprzyja krwotokom z macicy, podają przetwory sporyszu lub preparaty przysadki, co wybitnie pobudza macicę do skurczu i zmniejsza krwawienie.

W naszym zakładzie cięcie cesarskie stanowi 3% wszystkich porodów. Zasadniczo operujemy przypadki czyste; w przypadkach podejrzanych staramy się ustalić, czy stan rodzącej należy przypisać urazowi porodowemu, czy też rozpoczynającemu się zakażeniu. W ocenie tego stanu kierujemy się dokładną analizą przypadku i obserwacją. W ostatecznej decyzji uwzględniamy stan porodu, badanie kliniczne ogólne, konstytucję danej osoby, wreszcie do pewnego stopnia czynniki społeczne. W przypadkach, w których zakażenie rodzącej nie ulega najmniejszej wątpliwości poświęcamy *a priori* płód, mając na względzie jedynie matkę. Jeżeli w tych przypadkach rozwiązanie od strony pochwy będzie niemożliwe, skłonni jesteśmy wykonywać cięcie cesarskie sposobem Portesa lub Sellheima. Przetokę Sellheima wykonaliśmy w ciągu 7 lat dwukrotnie z korzystnym wynikiem dla matki i płodu.

W mniejszych stopniach zakażenia, uwzględniamy stan porodu oraz wszelkie okoliczności towarzyszące jego przebiegowi, możliwości ukończenia porodu od strony pochwy oraz możliwe następstwa tego rodzaju postępowania dla rodzącej — tudzież stan ogólny. Wtedy decydujemy się na taki sposób postępowania, który będzie stanowił najmniejszy uraz dla rodzącej, będzie najkorzystniejszym i najłagodniejszym sposobem rozwiązania w danych warunkach. W podobnej sytuacji decyzja jest często bardzo trudna i wymaga wielkiego doświadczenia. W podobnych przypadkach zastosowaliśmy kilkakrotnie metodę Dörflera z doskonałym wynikiem. W takiej sytuacji znajdujemy się głównie wobec przypadków porodów nieprawidłowych, skierowanych nieco za późno do zakładu, badanych wewnętrznie przez położne po odejściu wód płodowych.

Posługiwaliśmy się, zależnie od warunków, najrozmaitszą techniką cięcia cesarskiego śródotrzewnowego. Obecnie najchętniej wykonywamy cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy, otwierając macicę poprzecznie, odsuwając pęcherz ku dołowi. Przeważnie stosujemy znieczulenie rdzeniowe; używamy 0,5% perkainy w dawce bardzo małej, dochodzącej do 1,5 cm^3 z fiolek fabrycznych. W wadach serca stosujemy uśpienie ewipanowe z doskonałymi wynikami.

Stosując znieczulenie zachowujemy wszelkie najdalej idące środki ostrożności. W związku ze znieczuleniem nie mieliśmy ani jednego przypadku śmiertelnego; nie stwierdziliśmy żadnego poważniejszego powikłania, jako następstwa środka znieczulającego. W razie przecięcia dużych naczyń krwionośnych na macicy — chwytamy je kleszczykami, wskutek czego krew nie zalewa pola operacyjnego. Główkę płodu wytaczamy zawsze ręką, nie używając do tego celu żadnych instrumentów. Mięsień macicy szyjemy szwami węzełkowymi jednowarstwowo, nakrywając ranę otrzewną. Macicy nigdy nie tamponujemy. Łożysko zazwyczaj wygniatamy, usuwamy starannie wszystkie błony z wnętrza macicy; do mięśnia macicy nigdy nie wstrzykujemy preparatów, mających na celu wywołanie skurczu macicy.

Cięcie cesarskie w dobie obecnej odgrywa w położnictwie klinicznym pierwszorzędną rolę. Przyczyniło się ono do wydatnego zmniejszenia lub do zupełnego nieomal usunięcia niektórych pochwowych operacyj położniczych, które wykonywane w warunkach niekorzystnych narażały rodzącą i płód na bardzo poważne niebezpieczeństwo.

W piśmiennictwie lat ostatnich daje się zauważyć większy krytycyzm i ostrożność w ocenianiu wskazań do cięcia cesarskiego; z punktu widzenia klinicznego nie jest to równoznaczne z ograniczeniem wskazań. Jest to doskonalenie wskazań, oparte na wartości porównawczej metod operacyjnego rozwiązania.

Daje się zauważyć w piśmiennictwie skłonność wykazywania się małą ilością cięć cesarskich w stosunku do ilości porodów. Ci klinicyści, którzy notują mały odsetek cięć cesarskich — starają się tym samym jakby podkreślić swój konserwatyzm w położnictwie.

Każdy z nas doskonale wie o tym, że poród ukończony za pomocą łatwej operacji położniczej będzie dla rodzącej i płodu korzystny. Myśląc o operacyjnym ukończeniu porodu od strony pochwy, uwzględniając warunki, wśród których tę operację trzeba będzie wykonać — należy się zastanowić, czy zabieg, który mamy przeprowadzić nie będzie dla danej rodzącej w danych warunkach zabiegiem poważniejszym i niebezpieczniejszym, niż cięcie cesarskie.

Czynniki socjalne sprawiły, iż materiał położniczy staje się obecnie odmienny, niż dawniej. Zwiększa się w sposób dla wszystkich widoczny ilość porodów u starszych i starych pierwiastek; niepodatność ujścia macicy nawet u kobiet młodych jest obecnie zjawiskiem bardzo częstym; jest to następstwem poronień sztucznych, zakażeń, stosowania środków zapobiegawczych ciąży itp. Pierwotnie słabe bóle porodowe stanowią również bardzo częste, a niekiedy jedyne powikłanie porodu.

Tryb życia pewnej warstwy kobiet, warunki pracy, mają wpływ bardzo poważny na przebieg ciąży, porodu i połogu. Obecnie kobiety matki — to pokolenie okresu wojennego. Ówczesne warunki mogły odbić się na ich konstytucji.

W materiale sekcyjnym, dotyczącym chorych na gorączkę połogową, zmarłych na naszym oddziale w ostatnich 6 latach stwierdziliśmy w 80% zmiany konstytucjonalne anatomiczne, dotyczące głównie systemu krążenia. Klinicznie u tych kobiet mogliśmy wykazać mniej lub więcej wyraźne cechy astenii ogólnej i infantylizmu. Ogólnym zmianom konstytucjonalnym dość często towarzyszył niedorozwój narządu rodnego różnego stopnia.

Spostrzeżenia nasze świadczą o tym, iż u asteniczek i osób infantylnych liczyć się należy bardzo poważnie z mniejszą wartościowością organizmu, a co za tym idzie — mniejszą odpornością. Ta okoliczność może mieć doniosłe znaczenie praktyczne. W razie nieprawidłowego przebiegu porodu u tego typu kobiet, należy stosować, gdy zajdzie ku temu potrzeba, najłagodniejsze metody operacyjne w warunkach możliwie najkorzystniejszych.

Kleszcze wysokie, wymóżdżenie, nacinanie ujścia macicy celem wykonania tych operacyj — stanowić mogą dla tego typu kobiet bardzo poważne niebezpieczeństwo. Dlatego nie należy dopuścić do tego stanu porodu.

U starszych i starych pierwiastek najczęściej mamy do czynienia z niepodatnością ujścia macicy i niepodatnością dolnego odcinka, słabymi bólami porodowymi; wskutek tego główka płodu nie ustala się w miednicy. Po pęknięciu pęcherza płodowego czynność porodowa bywa w dalszym ciągu niedostateczna i poród nie postępuje. Wiemy doskonale z codziennego doświadczenia, jaki los spotkać może rodzącą, jeżeli w podobnych przypadkach będziemy zbyt konserwatywni.

Wskazanie do cięcia cesarskiego zawsze będzie uzasadnione z punktu widzenia klinicznego, jeżeli dokładna analiza przypadku, obserwacja porodu, wyczekiwanie w granicach dozwolonych przekona klinicystę, że cięcie cesarskie będzie najłagodniejszym sposobem rozwiązania, który zapewni przede wszystkim matce, a następnie i płodowi w danych warunkach porodu największe bezpieczeństwo.

Sprawa przecięcia macicy w dolnym odcinku podłużnie lub poprzecznie nie jest rzeczą zasadniczą. Zasadniczą rzeczą będzie, aby nie operować przypadków zakażonych, a wtedy wyniki po cięciu cesarskim dla matek i płodów, jak wszyscy wiemy, będą znakomite.

Przypadki podejrzane co do czystości, w których z konieczności zmuszeni jesteśmy mimo wszystko wykonać cięcie cesarskie — obciążają statystykę cięć cesarskich.

Należy tak organizować położnictwo w terenie, aby przypadki takie należały do wyjątków.

PRACE ORYGINALNE.

Dr Witołd WINIARZ. Warszawa.

Doświadczenia z Cardiazolem w padaczce. Badanie wpływu pilokarpiny i atropiny na ataki i stany zamroczeń padaczkowych [1]).

Ze Szpitala św. Jana Bożego w Warszawie.
Dyrektor: Doc. dr A. Falkowski.

Ataki padaczkowe próbowano dotąd wywoływać w rozmaity sposób. Wywoływano je przez: 1) odstawienie bromu i podawanie dużych ilości soli, 2) przez podawanie alkoholu, 3) przy pomocy kokainy, 4) przez ucisk tętnic szyjnych, 5) przez hiperwentylację, 6) przez zamrażanie chlorkiem etylowym okolicy *n. radialis* (Muck, 1935 r.), 7) przez domięśniowe zastrzyki kamfory. Ostatnio Amerykanin Mc Quarrie wywoływał ataki padaczkowe przez: 8) intensywne doprowadzanie płynów z równoczesnym przeciwdziałaniem diurezie przez podawanie preparatów przysadki mózgowej części tylnej. Tą metodą, jak podaje klinika neur-psych. w Królewcu, można wywołać ataki

[1]) Według odczytu wygłoszonego w Polsk. Tow. Psychiatr. w Warszawie, dnia 19 maja 1937 r.

Tablica 1.

Wywoływanie ataków padaczkowych u 10 chorych na padaczkę przez wstrzykiwanie dożylne 10% roztworu Cardiazolu.

chory	stan chorego	data	dawka Cardiazolu	jaki wynik i po jakim czasie	uwagi
Nr 1. H.	okres częstszych ataków	14. X. 36	0,5	zamroczenie trwające przez 3 dni	chory przyjmuje rano 0,5
		18. X. 36	1,0	po $1^{1}/_{2}$ min. atak	bromu a wieczorem 0,1 Lu-
		22. X. 36	1,5	po 40 sek. atak	minalu
		26. X. 36	2,0	po 15 sek. atak	„
	okres rzadszych ataków	15. I. 37	1,0	0	„
Nr 2. N.	stan zamroczenia, ataki	15. X. 36	1,5	po 30 sek. krzyknął, przez kilka-	wieczorem poprzedn. dnia
	padaczki nie występują			naście sek. był nieprzytomny	Somnifen 1 amp. domięśn.
				i wykonywał nieskoord. ruchy	
				kończynami	
		16. X. 36	2,0	0	rano Gardenal 0,1, wiecz.
					Luminal 0,1
		17. X. 36	3,0	0	nie przyjmuje żadn. leków
		19. X. 36	3,0	0	„
		20. X. 36	4,0	0	„
		21. X. 36	5,0	po 20 sek. atak	„
		23. X. 36	4,0	zamroczenie trwające 4 min.	„
	stan zamroczenia	24. X. 36	3,0	po 15 sek. atak	„
	3 ataki tego dnia				
Nr 3. B.	okres częstszych ataków	10. X. 36	1,5	po 1 min. atak	rano brom 0,5, wiecz. Lu-
	„	16. X. 36	1,0	po 40 sek. atak	minal 0,1
Nr 4. Sz.	stan zamroczenia	24. X. 36	2,0	zamroczenie trwające 3 min.	rano Gardenal 0,1, wiecz.
	okres rzadkich ataków				Luminal 0,1
Nr 5. J.	stan głębokiego zamroczenia	10. X. 36	3,0	0	Lumin. 0,1 2 razy dziennie
		13. XI. 36	3,0	po 20 sek. atak	nie przyjmuje żadn. leków
	stan lekkiego zamroczenia	16. XI. 36	3,0	po 20 sek. atak	„
Nr 6. P.	stan zamroczenia	10. XI. 36	3,0	na kilkanaście sekund stracił	Lumin. 0,1 2 razy dziennie
	bardzo podniecony			przytomność	
	„	13. XI. 36	3,0	po 1 min. atak	nie przyjmuje żadn. leków
	stan lekkiego zamroczenia	16. XI. 36	3,0	po 20 sek. atak	„
	„	13. I. 37	3,5	po 15 sek. atak	„
Nr 7. W.	okres bez ataków	29. XI. 36	2,0	zamroczenie trwające 3 min.	nie przyjmuje żadn. leków
	„	1. XII. 36	3,0	po 20 sek. atak i zaraz po nim	„
				drugi	
	„	18. I. 37	2,0	po 15 sek. atak i zaraz po nim	„
				drugi	
Nr 8. Bl.	okres rzadkich ataków	18. XII. 36	2,0	0	nie przyjmuje żadn. leków
	„	1. I. 37	3,0	po 25 sek. atak	„
	„	11. I. 37	2,5	po 15 sek. atak	„
Nr 9. Ok.	okres rzadkich ataków	13. XI. 36	2,5	0	nie przyjmuje żadn. leków
	„	16. XI. 36	3,0	po 15 sek. atak	„
Nr 10. L.	okres częstszych ataków	6. IV. 36	1,5	po 2 min. atak	nie przyjmuje żadn. leków
	„	8. IV. 36	1,0	0	

padaczkowe w 42% przypadków padaczki. Jako preparatu przysadki części tylnej stosowano na terenie Stanów Zjedn. Am. Półn. Pitressin, zaś w Niemczech Tonephin „Bayer". Na klinice w Królewcu próbowano także metody suchej diety z dodatkiem Euphylliny, a potem dopiero nagle doprowadzano wodę do organizmu, co również wywoływało ataki padaczki. Teglbjaerg uważa, że ponieważ nie wszyscy chorzy na padaczkę dostają ataków po zastosowaniu tej metody, wywołuje ona ataki tylko przy pewnym specjalnym usposobieniu. Wreszcie 9) ostatnia metoda wywoływania ataków padaczkowych polega na dożylnym zastrzykiwaniu Cardiazolu. Metodę tą zapoczątkował w 1935 r. dr Meduna na Węgrzech. Szybko zaczęto ją stosować w różnych instytucjach psychiatrycznych w Europie. W 1936 r. zastosowałem ją na oddziale dyrektora Falkowskiego w Szpitalu św. Jana Bożego, w badaniach zmierzających do bliższego poznania mechanizmu ataków padaczkowych. Badania te, których wyniki podane są poniżej, miały na celu:

I) ustalenie szczegółów wywoływania ataków padaczkowych przez Cardiazol, zarówno u chorych na padaczkę, jako też u innych chorych,

II) stwierdzenie pewnych zmian fizjologicznych (krzepliwość krwi, zawartość cukru we krwi) przy atakach padaczkowych wywołanych Cardiazolem,

III) doświadczenia dotyczące wpływu atropiny i pilokarpiny na ataki padaczkowe wywołane Cardiazolem.

IV) doświadczenia dotyczące wpływu Cardiazolem wywoływanych ataków padaczkowych na zamroczenia padaczkowe,

V) doświadczenia dotyczące leczniczego stosowania ataków padaczkowych u schizofreników,

VI) doświadczenia dotyczące leczniczego wpływu pilokarpiny i atropiny w padaczce.

Tablica 1 pozwala ustalić następujące dane:

a) przez dożylne wstrzyknięcie Cardiazolu można u każdego chorego na padaczkę wywołać typowy atak,

b) najniższa dawka, jaka w niektórych przypadkach wywoływała atak padaczkowy, była 1,0 g 10% Cardiazolu,

c) najwyższa dawka, jakiej potrzebowałem do wywołania ataku padaczki u chorego wynosiła 5,0 g 10% Cardiazolu,

d) u jednego i tego samego chorego dawka Cardiazolu potrzebna do wywołania ataku padaczkowego nieraz wahała się. W jednym przypadku ta różnica wynosiła 2,0 g 10% Cardiazolu,

e) w czasie kiedy chorzy przyjmują narkotyki trudniej wywołać u nich atak. W okresach częstych ataków mała dawka Cardiazolu wystarczała do jego wywołania. Trudniej wywołać atak padaczkowy w okresach rzadszych ataków, jak również w okresach zamroczenia padaczkowego.

Dla przekonania się, czy Cardiazol zwiększa skłonność do następnych ataków, podawałem dwom chorym Cardiazol dożylnie, cztery razy w godzinnych odstępach. U obu tych chorych 1,5 g 10% Cardiazolu nie wywołało ataku ani po raz pierwszy, ani też w godzinę później. W trzeciej godzinie zastrzyknąłem

Tablica 2.

chory	rozpoznanie	data	dawka Cardiaz. (10% roztwór)	jaki wynik i po jakim czasie
Nr 1. Ch.	Schizophr.	29. XI. 36	2,0	nastąpiło trzy minuty trwające zamroczenie
		1. XII. 36	4,0	„
		19. XII. 36	4,0	0
		3. II. 37	5,0	po 20 sek. atak
		17. II. 37	5,0	0
Nr 2. K.	„	19. XII. 36	2,0	nastąpiło cztery minuty trwające zamroczenie
		3. II. 37	3,0	0
		14. II. 37	3,5	0
		21. II. 37	4,0	po 25 sek. atak
Nr 3. F.	„	17. XII. 36	3,0	po 15 sek. atak
		19. XII. 36	2,0	0
		18. I. 37	2,5	0
Nr 4. Ka.	*Psychos. maniac.*	18. XII. 36	3,0	po 25 sek. atak
		2. I. 37	2,0	0
		15. I. 37	2,5	0
Nr 5. P.	Schizophr.	19. XII. 36	2,0	po 20 sek. atak
		2. I. 37	1,0	0
		4. I. 37	1,5	0
		15. I. 37	2,0	0
		18. I. 37	2,5	0
Nr 6. S.	„	19. XII. 36	2,0	0
		17. I. 37	2,5	0
		20. I. 37	3,0	0
		22. I. 37	4,0	0
		25. I. 37	4,5	po 35 sek. atak
Nr 7. H.	„	19. XII. 36	3,0	po 35 sek. atak
		2. I. 37	2,5	0
		4. I. 37	3,0	0
Nr 8.L.	„	22. II. 37	3,0	0
		24. II. 37	4,0	po 30 sek. atak
		9. III. 37	4,0	0
		12. III. 37	4,5	0
		16. III. 37	5,0	po 1 min. i 50 sek. atak
Nr 9. L.	„	22. II. 37	3,0	0
		24. II. 37	4,0	0
		9. III. 37	4,5	0
		12. III. 37	5,0	po 35 sek. atak
		21. IV. 37	4,5	po 45 sek. atak
Nr 10. Sw.	„	22. II. 37	3,0	0
		9. III. 37	5,0	0
		12. III. 37	6,0	0
		22. III. 37	7,0	0
		24. III. 37	7,5	0
		26. III. 37	8,0	po 1 min. atak

Tablica 3.

chory	stan chorego	badanie przed atakiem (na czczo) cukier	czas krzep.	ciśn. krwi	tętno	ilość Cardiazolu 10% użyta do wywołania ataku
Nr 1. Ho.	Padaczka, co kilka dni atak	0,098%	11 min. 15 sek.	130/90	76	2,0 — atak wystąpił po 15 sek.
Nr 2. No.	Padaczka, tego dnia 4 ataki	0,086%	8 min. 15 sek.	130/90	78	3,0 — atak po 15 sek.
Nr 3. Pu.	Padaczka, co kilka dni atak	0,092%	11 min. 30 sek.	120/80	80	2,0 — atak po 50 sek.
Nr 4. Ba.	Padaczka, co kilka dni atak	0,11%	7 min. 30 sek.	115/80	64	2,0 — atak po 35 sek.
Nr 5. Li.	Padaczka, co kilkanaście dni atak	0,082%	9 min. 20 sek.	120/80	56	3,0 — atak po 15 sek.

chory	cukier	badanie 15—25 min. po ataku padaczkowym czas krzep.	ciśn. krwi	tętno
Nr 1. Ho.	0,10%	7 min. 20 sek.	120/80	108
Nr 2. No.	0,085%	5 min. 30 sek.	140/90	80
Nr 3. Pu.	0,096%	8 min.	130/85	84
Nr 4. Ba.	0,16%	5 min. 15 sek.	150/90	100
Nr 5. Li.	0,092%	7 min. 40 sek.	140/80	72

2,0 g Cardiazolu i uzyskałem atak. W godzinę później znowu zastosowałem 1,5 g Cardiazolu i atak nie wystąpił.

Podobnie, jak u chorych na padaczkę, stosowałem Cardiazol u dziesięciu chorych niepadaczkowych.

Jak z podanego zestawienia (tabl. 2) wynika, u wszystkich badanych chorych niepadaczkowych Cardiazol wywoływał typowe ataki padaczkowe. W jednym przypadku schizofrenii już 2,0 g 10% Cardiazolu wystarczało do wywołania ataku padaczkowego. Najwyższa dawka, jakiej potrzeba było do wywołania ataku padaczkowego u schizofrenika było 8,0 g 10% Cardiazolu. Tak samo, jak i u padaczkowych, u jednego i tego samego chorego schizofrenika wystarczała czasem mniejsza dawka, a kiedy indziej potrzeba było większej ilości Cardiazolu do wywołania ataku padaczkowego.

Ze stosowania Cardiazolu u schizofreników wynika, że Cardiazol nie może mieć znaczenia diagnostycznego; w wypad-

kach kiedy 1,5 a najwyżej 2,0 g 10% Cardiazolu wywoła atak, możemy przypuścić, że mamy do czynienia z padaczką. W każdym razie Cardiazol nie da się zużytkować, jak przypuszczali Niemcy, jako środek diagnostyczny w wypadkach, gdzie chodzi o zastosowanie prawa „o zapobieganiu przyrostowi potomstwa cierpiących na choroby dziedziczne".

* * *

Powszechnie podkreśla się rolę układu wegetatywnego w powstawaniu ataków padaczkowych. Doc. dr Falkowski badał 20 chorych na padaczkę i ich reakcje na atropinę, pilokarpinę i adrenalinę i doszedł do wniosku, że w okresach między napadami przeważa u tych chorych *vagotonia*. Santenoise obserwował, że w okresach wolnych od napadów u jednej grupy chorych na padaczkę napięcie układu parasympatycznego jest wzmożone, u innych zaś, zwłaszcza u tych, u których napady są rzadkie lub występują okresowo, daje się zauważyć *hypovagotonia* lub nawet *sympaticotonia*. Santenoise zauważył, że układ roślinny podczas równoważników padaczkowych zachowuje się w ten sam sposób, jak i podczas napadów. U padaczkowych podnieconych lub mających napady lęku *hypervagotonia* jest zjawiskiem stałym. Przeciwnie, w stanach zamroczeniowych widujemy względną *hypovagotonię*.

Orzechowski, Meisels, Popea, Eustaziu i Halban doszli do wniosku, że większość chorych zachowuje się w sposób wagotoniczny. Orzechowski, próbując pogodzić te poglądy z pozornie sprzecznymi wynikami badań Besta, Mayera i Brühla wyraża się, że „można by mówić, że pobudliwość obu układów sympatycznego i parasympatycznego jest w ogóle u chorych na padaczkę wzmożona, podlegając co do stopnia wahaniom, przy czym w unerwieniu serca przeważa napięcie parasympatyczne, a sympatyczne w unerwieniu naczyń".

Mając możność dzięki metodzie Cardiazolowej wywoływania dowolnie ataków padaczkowych, badałem zachowanie się krzepliwości krwi, ciśnienia i zawartości cukru — przed i po ataku padaczkowym.

W powyższych badaniach (tablica 3), czas krzepnięcia krwi oznaczałem za pomocą koagulometru Brodie-Russela w modyfikacji Sławcowa i Czubalskiego. Cukier oznaczałem metodą Hagedorna. U trzech chorych stwierdziłem, że ilość cukru we krwi po ataku wzrosła, u czwartego chorego wzrost ten był bardzo nieznaczny, a u piątego chorego ilość cukru spadła o jeden na trzecim miejscu dziesiętnym. Co do krzepliwości krwi, to u wszystkich pięciu badanych, czas krzepnięcia był po ataku wyraźnie krótszy, przy czym przyśpieszenie czasu krzepnięcia po ataku w stosunku do czasu przed atakiem wynosiło 2—4 min. Ciśnienie krwi było we wszystkich badanych przypadkach wyższe po ataku. Z tego wynika, że po ataku nastąpiło przesunięcie w kierunku sympatykotonii.

Następnie badałem wpływ mniejszych dawek Cardiazolu nie wywołujących ataku padaczkowego. Badałem dwóch chorych z rozpoznaniem *schizophrenia paranoides* i dwóch chorych padaczkowych. Po dawkach Cardiazolu 10% 1,0 do 4,0 ilość cukru we krwi nieznacznie wzrosła (u jednego schizofrenika z 0,104 na 0,108 i u padaczkowego z 0,062 na 0,07), natomiast u dwóch pozostała bez zmiany. Krzepliwość krwi w trzech przypadkach nieznacznie się zwiększyła: z 5 min. 40 sek. na 4 min.; z 10 min. 30 sek. na 8 min. 15 sek.; z 11 min. 30 sek. na 10 min. W jednym przypadku *(schizophrenia)* krzepliwość krwi po Cardiazolu zwolniła się: z 4 min. 20 sek. na 5 min. Ciśnienie krwi po Cardiazolu wzrosło we wszystkich czterech badanych przypadkach: z 155/90 na 175/105; z 120/80 na 140/80; z 115/95 na 155/90; z 120/80 na 125/80. Badania były robione przed i 15 min. po zastrzyku Cardiazolu.

* * *

Chcąc zbadać wpływ pilokarpiny i atropiny na atak padaczkowy badałem zachowanie się cukru we krwi u 7 schizofreników. Ilość cukru we krwi oznaczałem metodą Hagedorna na czczo. Później u czterech stosowałem podskórnie pilokarpinę 0,01 a u trzech 0,001 atropiny. Następnie pobierałem krew do badania w 20 min. później, potem po 45 min. i po raz trzeci 1½ godziny po zastrzyku.

Okazało się, że w 20 min. po zastrzyku pilokarpiny ilość cukru we krwi zmniejsza się wyraźnie. Później poziom cukru obniża się jeszcze bardziej albo utrzymuje się na tej samej wysokości. Na trzech badanych chorych po atropinie w dwóch wypadkach ilość cukru we krwi nieznacznie wzrosła, a w jednym przypadku nie było zmiany.

Zachowanie się cukru we krwi badała na królikach Hurynowiczówna i stwierdziła, że ilość cukru we krwi po atropinie wzrasta, a po drażnieniu nerwów błędnych ilość cukru we krwi się zmniejsza.

Tablica 4.

chory	% cukru we krwi	co zastosowano	% cukru po 20 min.	% cukru po 45 min.	% cukru po 1½ godz.
Woj.	0,095	Pilok. 0,01	0,078	0,1	0,072
Za.	0,074	„	0,070	0,070	0,067
Wi.	0,088	„	0,079	0,080	0,08
Ko.	0,083	„	0,076	0,074	0,076
Gu.	0,076	Atrop. 0,001	0,091	0,087	0,088
Zac.	0,075	„	0,076	0,075	0,075
Kow.	0,085	„	0,088	0,09	0,1

Danielopolu wychodząc z założenia, że większość chorych na padaczkę oddziaływa w sposób wagotoniczny porażał atropiną nerw błędny, a jednak chorzy dostawali ataków, co dowodzi, że sam stan wagotonii nie wystarcza do wyjaśnienia patogenezy ataków padaczkowych. Jednak atropina łagodzi ataki padaczkowe. Na klinice Bumkego stosują Luminal z dodatkiem *Extr. Belladonnae* i doświadczenie nauczyło ich, że ten dodatek pozwala zmniejszyć o jedną trzecią ilość podawanego Luminalu.

Orzechowski i Meisels upatrują przyczynę powstawania wagotonii w okresowo wzmagającym się ciśnieniu wewnątrz-czaszkowym i uzależniają je od działania gruczołów dokrewnych, na czynność których ze swej strony wpływa rodzaj przyjmowanych pokarmów. Pilokarpina, będąc środkiem wagotonicznym pobudza zarazem wydzielanie *plexus chorioideus*, wzmagając równocześnie skłonność do napadów padaczkowych, atropina zaś przeciwnie, łagodzi je.

Dzięki możności wywoływania ataku padaczkowego przy pomocy Cardiazolu, mogłem doświadczalnie stwierdzić wpływ pilokarpiny i atropiny na ataki padaczkowe:

1) Chory z rozpoznaniem *schizophrenia paranoides*. Najmniejsza dawka Cardiazolu, która wywoływała u niego atak padaczkowy była 4,3 10% roztworu. Po tej dawce wystąpił atak po upływie jednej minuty. Po ataku chory był przez 10 min. zamroczony (krzyczał, uciekał). Trzy dni później dałem choremu 0,001 atropiny podskórnie, a 20 min. później 4,3 Cardiazolu; tym razem atak nie wystąpił. W trzy dni później znowu 4,3 Cardiazolu nie poprzedzone zastrzykiem atropiny wywołały atak padaczki po upływie 20 sek. Znowu po trzech dniach zastosowałem 4,3 Cardiazolu po 0,001 atropiny i atak nie wystąpił. Jeszcze raz dałem po trzech dniach 4,3 Cardiazolu bez poprzedniego zastrzyku atropiny i po 25 sek. nastąpił atak padaczki.

2) U innego chorego *(schizophrenia)* ustaliłem, że 4,8 10% Cardiazolu jest najniższą dawką, jaka wywołuje atak. Ta sama dawka nie wywołała ataku padaczki, kiedy dałem 20 min. przed tym 0,001 atropiny podskórnie. U tego samego chorego jeszcze dwukrotnie stwierdziłem, że 4,8 Cardiazolu wywołuje atak padaczki, natomiast nie wywołuje ataku 4,8 Cardiazolu, jeżeli przed tym użyto atropiny.

3) U trzeciego chorego *(epilepsia)* przez badania analogiczne do dwóch poprzednich, potwierdziłem poprzednie spostrzeżenia.

4) 5) 6) W podobny sposób badałem jednego schizofrenika i dwóch padaczkowych. Ustaliłem, że najniższe dawki 10% Cardiazolu, które wywołują u nich ataki padaczkowe są: 8,0, 1,5, 1,5. Stosowałem następnie pilokarpinę podskórnie (0,01) i stwierdziłem, że dawka mniejsza wywoływała atak padaczkowy, jeżeli zastosowano ją w 20 min. po zastrzyku pilokarpiny. U badanego w ten sposób schizofrenika stwierdziłem, że 7,5 10% Cardiazolu nie wywoływało u niego ataku padaczkowego, ale ta sama dawka wywoływała atak, jeżeli była zastosowana 20 min. po zastrzyku pilokarpiny (0,01). Wynika z tego, że pilokarpina zwiększała skłonność do ataków padaczkowych.

* * *

Na Węgrzech, gdzie rozpoczęto stosowanie Cardiazolu do wywoływania ataków padaczkowych zaobserwowano, że sztuczne wywołanie ataku padaczkowego w stanach zamroczeń epileptycznych powoduje poprawę. Stosowałem Cardiazol w pięciu przypadkach zamroczeń epileptycznych u pięciu chorych:

1) Chory który od tygodnia nie podlegał atakom padaczkowym i był w stanie silnego zamroczenia, bez kontaktu, dostawał przez 6 dni wzrastające dawki Cardiazolu. Siódmego dnia

5,0 10% Cardiazolu wywołało po 15 sek. silny atak. Już tego samego dnia wieczorem można było zauważyć poprawę. Wieczorem wystąpił znowu atak, a trzeciego dnia trzy ataki. Próg pobudliwości na bodźce wywołujące atak tak znacznie się obniżył, że w tym dniu wystarczało 3,0 g Cardiazolu (a nie 5,0 jak przed dwoma dniami) do wywołania ataku po 15 sek. Na czwarty dzień po wywołaniu pierwszego ataku chory czuł się doskonale, zamroczenie minęło.

2) Inny chory przybył do szpitala w stanie zamroczenia epileptycznego i skarżył się na silne bóle głowy. Od kilku tygodni nie miał ataków padaczki (dawniej 1 do 2 ataków na miesiąc). Dostał dożylnie 2,0 Cardiazolu po czym poczuł silny szum w głowie, patrzał w około z przestrachem, nie mógł głosu wydobyć, ale przytomności nie stracił. Ten stan trwał przez trzy minuty. Na drugi dzień chory czuł się dobrze, bóle głowy ustąpiły.

3) Inny chory był w stanie zamroczenia, bardzo podniecony, krzyczał i wyrażał różne nieuzasadnione pretensje. Po 3,0 g Cardiazolu na około 15 sekund stracił przytomność a zaraz potem chory rozmawiał zupełnie spokojnie, uśmiechnięty, nie miał żadnych pretensji. Nie pamiętał, że przed chwilą dostał zastrzyk dożylny.

4) i 5) U dwóch innych chorych stwierdziłem również, że Cardiazol skracał czas trwania zamroczeń epileptycznych.

Z przytoczonych danych zdaje się wynikać, że wywołanie przez Cardiazol ataku padaczkowego może przerywać stan zamroczenia epileptycznego. To przemawiało by za tym, co sądzi prof. Orzechowski, że „w pewnych warunkach udaje się organizmowi przez napad trwale zmienić na korzyść warunki krążenia w chorych oponach miękkich, wtedy po jednym lub po szeregu napadów następuje wyleczenie. Często zdarza się jednak, że mechanizm napadowy zawodzi, jeśli rozpiętość wahań objętości mózgu była zbyt mała; chory nie ma więc z takiego „nieudanego“ napadu żadnej korzyści; nieudanymi z punktu widzenia celowości samowyleczenia bywają małe napady pracujące z nakładem mniejszych środków“. Tym rozumowaniem, wydaje mi się, można uzasadnić to, że silny atak padaczkowy wywołany Cardiazolem może działać leczniczo.

Ponieważ pilokarpina zwiększa skłonność do ataków padaczkowych, podobnie jak Cardiazol, który wywołuje ataki — próbowałem czy, podobnie, jak Cardiazol, pilokarpina nie łagodzi stanów zamroczeń epileptycznych.

Wpływ pilokarpiny w czasie zamroczeń epileptycznych obserwowałem u pięciu chorych.:

1) Chory, który miewał 5 do 8 ataków na dobę (zwłaszcza w nocy), nie ma ataków od tygodnia, nie używa żadnych narkotyków, jest w stanie zamroczenia epileptycznego (nie zorientowany, kontaktu nie można z nim nawiązać). Otrzymywał podskórnie 0,01 pilokarpiny codziennie. Na trzeci dzień kontakt z chorym udaje się nawiązać, jest zorientowany, jednak bardzo drażliwy i popada w konflikty z innymi chorymi. Szóstego dnia podawania pilokarpiny chory zaczął pracować w pracowni szpitalnej; spokojny, syntoniczny.

2) Inny chory od dwóch tygodni nie przyjmował żadnych leków, od 5 dni nie ma ataków, jest w stanie zamroczenia epileptycznego (kontaktu nie można z chorym nawiązać, rękami wodzi po ścianie, na pytania nie odpowiada, niepokój ruchowy). Chory otrzymał jednego dnia dwa podskórne zastrzyki 0,01 pilokarpiny. Wieczorem tego dnia był spokojniejszy, chodził koło swojego łóżka i skubał ubranie. Na drugi dzień otrzymał również dwa razy 0,01 pilokarpiny podskórnie. Trzeciego dnia raz pilokarpinę podskórnie i w tym dniu miał atak padaczkowy. Czwartego dnia znowu 0,01 pilokarpiny. W tym dniu chory był spokojny, zorientowany.

3) Chory miał w jednym dniu 5 ataków padaczki, potem 3 dni wolne od ataków. Wystąpił stan zamroczenia, chory bez kontaktu, na wszelkie pytania odpowiadał stereotypowo lub spontanicznie mówił: „dziękuję ci panie, dziękuję ci bracie za usługę“. Ten stan trwał przez 3 dni. Potem otrzymał trzy razy w ciągu dnia po 0,01 pilokarpiny podskórnie. Nazajutrz chory spokojniejszy, mniej mówi. Tego dnia i przez trzy dni następne dostawał po dwa podskórne zastrzyki 0,01 pilokarpiny po czym zamroczenie minęło. Chory zorientowany, na pytania odpowiadał zbornie, zaczął pracować w pracowni szpitalnej.

4) Zamroczony chory otrzymywał przez 4 dni po 0.01 pilokarpiny podskórnie po czym stan zamroczenia minął.

5) Piąta obserwacja dotyczyła chorego, który jest stale w stanie zamroczenia, ale nasilenie waha się. W lepszym stanie chory odpowiada na proste pytania i pomaga przy sprzątaniu na oddziale. W stanie głębszego zamroczenia jest bezczynny, na żadne pytania nie odpowiada. U tego chorego również odniosłem wrażenie, że pilokarpina stosowana przez 6 dni po 0,01 podskórnie przyśpiesza ustąpienie stanu głębokiego zamroczenia.

Obserwacja tych pięciu przypadków zamroczeń epileptycznych pozwala przypuszczać, że pilokarpina zmniejsza zamroczenie epileptyczne. Następnie próbowałem działania atropiny. U pięciu chorych odstawiłem wszelkie leki i stosowałem podskórnie atropinę po 0,001. Przekonałem się, że w pewnych wypadkach atropina nie tylko zmniejsza ilość ataków padaczkowych, ale równocześnie zwiększa skłonność do zamroczeń epileptycznych.

1) Chory, u którego poprzedniego dnia przed przyjęciem do szpitala widziałem w poczekalni 2 ataki padaczki, otrzymał zaraz po przyjściu na oddział 0,001 atropiny podskórnie. Tego dnia ataku nie było. Następnego dnia chory znowu dostał atropinę, a trzeciego dnia również. Wieczorem trzeciego dnia wystąpiło zamroczenie.

U tego samego chorego w okresie kiedy czuł się dobrze psychicznie i pracował w pracowni szpitalnej zacząłem stosować atropinę podskórnie dwa razy dziennie po 0,001. Po siedmiu dniach wystąpiło zamroczenie (na pytania chory odpowiadał przeważnie „nie wiem“, był drażliwy, popadał w konflikty z innymi chorymi).

2) U innego chorego stosowałem atropinę przez cztery dni; pierwszego dnia 0.001, a przez trzy następne dni dwa razy dziennie po 0.001 podskórnie. Czwartego dnia wieczorem wyraźnie wystąpił stan zamroczenia epileptycznego.

3) U następnego chorego zamroczenie epileptyczne wystąpiło po 10 dniach stosowania atropiny po 0,001 dziennie podskórnie.

4) Czwarty obserwowany chory dostawał przez cztery dni 0,001 atropiny podskórnie, po czym wystąpił u niego stan zamroczenia.

5) U piątego chorego zamroczenie wystąpiło po czterech dniach stosowania atropiny: w pierwszym dniu 0,001, i w następnych dwa razy dziennie po 0,001 podskórnie.

Na podstawie tych obserwacyj wydaje mi się, że pilokarpina zmniejsza zamroczenia epileptyczne, a atropina zwiększa. Oczywiście jest cały szereg innych czynników wpływających na zamroczenia epileptyczne, których prawdopodobnie nie można by porównywać z działaniem pilokarpiny i atropiny. Podany przeze mnie materiał obserwacyjny nie jest wielki, zresztą takie czy inne działanie pilokarpiny i atropiny zależy od indywidualnej wrażliwości.

Ostatnio stosowałem na oddziale doc. dr Falkowskiego *per os* mieszankę *Luminal natr.* z *Atropinum sulf.* dwa razy dziennie. Dawka atropiny wynosiła przeważnie 0,0005 *pro die,* Luminalu 0,05—0,1 dziennie. Chorzy byli codziennie badani, czy nie występują pierwsze objawy zamroczenia epileptycznego. Przy pierwszych objawach występującego zamroczenia odstawiałem mieszankę Luminal-natr. z atropiną i podawałem Luminal-natr. z pilokarpiną, przy czym dzienna dawka pilokarpiny wynosiła 0,01. Gdy po dwóch czy więcej dniach ustąpiły objawy rozpoczynającego się stanu zamroczenia epileptycznego, wówczas odstawiało się Luminal z pilokarpiną i znowu podawaliśmy chorym Luminal z atropiną. Obserwacje te były prowadzone tylko na sześciu chorych i tylko przez trzy miesiące, odnosi się jednak wrażenie, że jak z jednej strony dodatek atropiny do Luminalu łagodzi ataki padaczki, tak z drugiej strony dodatek pilokarpiny pozwala do pewnego stopnia przeciwdziałać stanom zamroczeniowym.

* * *

Meduna rozpoczął wywoływanie ataków padaczki w celach leczniczych w schizofrenii, wychodząc z założenia, że między schizofrenią i padaczką istnieje antagonizm i że ten antagonizm da się zużytkować do celów leczniczych. Meduna leczył dotąd metodą Cardiazolową 110 przypadków schizofrenii, gdzie choroba trwała 1 tydzień do 10 lat. Podaje on, że w 50% przypadków uzyskał remisje.

Na oddziale doc. dr Falkowskiego stosowałem Cardiazol w celach leczniczych u 5 schizofreników i w 1 przypadku *psychosis maniacalis depressiva.* Ilość wywołanych ataków padaczkowych wynosiła 4 do 8. Jednorazowa dawka Cardiazolu wynosiła 3,0 do 5,5 10% roztworu. Były to wszystko przypadki przewlekłe, gdzie choroba trwała od kilku lat. W żadnym przypadku nie zauważono poprawy. Ponieważ jednak nie obserwuje się po Cardiazolowym ataku padaczkowym żadnych objawów ubocznych, sądzę, że powinno się to leczenie stosować próbnie w przypadkach świeżych.

* * *

Santenoise i szereg innych autorów uważa, że przed atakiem jest stan wagotonii. Za tym przemawiają również obserwacje doc. dr Falkowskiego przeprowadzone na dwudziestu chorych na padaczkę. Wiemy, że w stanach wagotonicznych zwiększa się ilość jonów potasu, a zmniejsza się ilość jonów wapnia. Mc Quarrie podaje, że potas z komórek i tkanek przechodzi przed atakiem padaczkowym do krwi.

Orzechowski i Meisels upatrują przyczynę powstania wagotonii w okresowo wzmagającym się ciśnieniu wewnątrzczaszkowym i uzależniają je od działania gruczołów dokrewnych. Ostatnio Truszkowski tę zależność doświadczalnie udowodnił na zwierzętach laboratoryjnych. Udowodnił on, że objawy niedomogi nadnerczy mogą być wywołane przez podawanie roztworu potasu. Z drugiej zaś strony, Amerykanin Zwemer udowodnił, że zastrzyki wyciągu kory nadnerczy obniżają ilość potasu we krwi.

Dawniej już Santenoise i Vidacovitch wyrażali pogląd, że trzustka ma to samo znaczenie dla układu parasympatycznego co nadnercze dla sympatycznego. Działanie jednak tych hormonów uzależnione jest od obecności potasu i wapnia. Wahania stosunków jonów K i Ca „stanowią", jak mówi prof. Orzechowski „o swoistości oddziaływania komórkowego, o wypadkowej podrażnień wegetatywno-nerwowych. Organem zaś, który w padaczce podlega tym podrażnieniom jest komórka nerwowa ośrodkowa. Względna przewaga jonów Ca i Mg podwyższa jej próg pobudliwości, obniża go natomiast względna przewaga jonów Na i K".

Reasumując: Poglądy wielu autorów dowodzą, że atak padaczkowy poprzedza stan wagotonii. Tego samego dowodzą moje doświadczenia, wskazujące na to, że pilokarpina zwiększa „pogotowie kurczowe". Z drugiej zaś strony atropina zmniejsza skłonność do ataków padaczkowych. Ponadto wydaje się, że pilokarpina skraca czas trwania zamroczeń epileptycznych, natomiast atropina przyśpiesza ich wystąpienie. To przemawiało by za tym, że atak padaczki jest wstrząsem wegetatywnym. Jeżeli sztuczne wywołanie ataku padaczkowego ma, jak podaje Meduna, znaczenie lecznicze, to mechanizm polegałby prawdopodobnie na wywołaniu wstrząsu wegetatywnego.

Piśmiennictwo:

Hans Werner Janz: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. B. 106. H. 3. — L. Meduna: Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie. 1937. Halle a. S. — L. Angyal u. K. Gyarfas: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. B. 106. H. 1. — Orzechowski: Klinika i Patogeneza Padaczki. — A. Falkowski: Znaczenie badania układu roślinnego w rozpoznawaniu niektórych schorzeń ośrodkowego systemu nerwowego i psychoz. — R. Zwemer and R. Truszkowski: Proceedings of the Soc. for Experim. Biology and medicine, 1936, 35, 424—426. — Ci sami: Endocrinology, The Bulletin of the Assoc. for the cap. Biol. and Med. Nr 1. January, 1937, p. 40—49.

Dr Stanisław HRYNKIEWICZ. Choroszcz.

Przypadek struniaka z omówieniem dotyczącego piśmiennictwa.

Z Białostockiego Wojewódzkiego Szpitala w Choroszczy.
Dyrektor: Dr Stanisław Deresz.

Struniaki należą do rzadkości. Rzadko stwierdza się te guzy na sekcji a jeszcze rzadziej rozpoznaje się je klinicznie. Korzystam przeto z okazji przypadku struniaka stwierdzonego na materiale sekcyjnym Szpitala w Choroszczy, celem omówienia nieco dokładniejszego właściwości anatomicznych i histopatologicznych tych guzów. Nawiasowo zaznaczam, że własny przypadek jest właściwie pierwszym podanym w polskim piśmiennictwie. Przypadek nasz jednocześnie jest punktem wyjścia do rozważań, jak należy rozumieć sprawę *złośliwości i dobrotliwości* tego rodzaju nowotworów.

Chory P. W., lat 59 (L. ks. 1458), żonaty, przebywał w Szpitalu w Choroszczy od dnia 8. VII. 1933 do dnia 30. I. 1937 z rozpoznaniem *schizophrenia paranoides*. Objawy chorobowe datowały się od szeregu lat wstecz. Jako chory psychicznie był internowany od r. 1927 w Szpitalu w Tworkach na skutek decyzji sądu w związku z usiłowaniem zabójstwa.

Pod względem psychicznym chory był typowym obrazem schizofrenika autystycznego, dziwacznego, wypowiadającego cały szereg urojeń, halucynacyj, przede wszystkim słuchowych, poza tym również wzrokowych i czuć cielesnych. W licznych skargach chorego należało by jedynie podkreślić niektóre szczegóły, które w czasie obserwacji miały charakter raczej psychotyczny i wiązały się z całokształtem przeżyć urojeniowych chorego. Chodziło mianowicie o skargi na dolegliwości *cielesne*. Chory nieraz czuł „jakby mu coś czaszkę rozsadzało, — próbowali mu głowę na 350 punktów, lub jakby ściskano jakąś obręczą". To znów „jakby szpony tygrysa chwytały mózg".

Zaburzeń w dziedzinie intelektu nie było. Chory pracował dość wydatnie w zakresie swojej specjalności (kiszkarz). Od czasu do czasu nasilały się objawy psychiczne i wówczas zwykle zgłaszał skargi na dolegliwości cielesne. Skargi te dość jednostajne, opis dolegliwości zmieniał się tylko w miarę upływania lat. Na jakiś czas przed zejściem śmiertelnym znowu widzimy zanotowane w historii choroby „miewa omamy słuchowe, twierdzi, że go męczą, ściskając mózg itd. *Cieleśnie* ze strony układu nerwowego badanie nie wykazywało szczególnych zmian. Ze strony narządu oddechowego ustalono rozedmę płuc i przewlekły nieżyt oskrzeli. Osłabienie wzroku należało by tłumaczyć zmętnieniem rogówek.

Zejście nastąpiło przy objawach zapalenia płuc.

Rozpoznanie sekcyjne brzmi: *bronchopneumonia catarrhalis sin. Oedema pulmonum. Emphysema pulmonum. Dilatatio cordis. Hypertrophia m. cordis sin. Myodegeneratio parenchymatosa m. cordis. Venostasis omnium organorum. Lipomatosis cordis. Degeneratio adiposa hepatis. Chordoma.*

W czasie sekcji po wyjęciu mózgu z jamy czaszkowej stwierdziło się na stoku Blumenbacha w linii środkowej twór, wystający ponad oponą twardą, o kształcie półkulistym, o szarawo białawym zabarwieniu, przeświecający, o spoistości galaretowatej, o wymiarach 1,3 cm × 0,9 cm (ryc. 1). Trzy



Ryc. 1.
Struniak razem z kością.

czwarte guza znajdowało się pod oponą twardą. Część wystająca ponad twardówką była połączona z częścią podtwardówkową nieco węższym przesmykiem. Przesmyk przechodził przez otwór w twardówce o średnicy 0,8 cm. Po odpreparowaniu



Ryc. 2.
Stok Blumenbacha po odpreparowaniu struniaka.

twardówki dookoła guza okazało się, że gnieździ się on na kości stoku oparty na szerszej podstawie niż odcinek leżący w jamie czaszkowej. Podstawa ta wynosiła 3,2 cm × 1,8 cm. Guz był otoczony torebką, złożoną z utkania raczej luźnego. Na przekroju dość wyraźna budowa zrazikowa. Dzięki umiejscowieniu guza na środku stoku powstało wgłębienie w moście w linii środkowej, odpowiadające uwypukleniu się nowotworu.

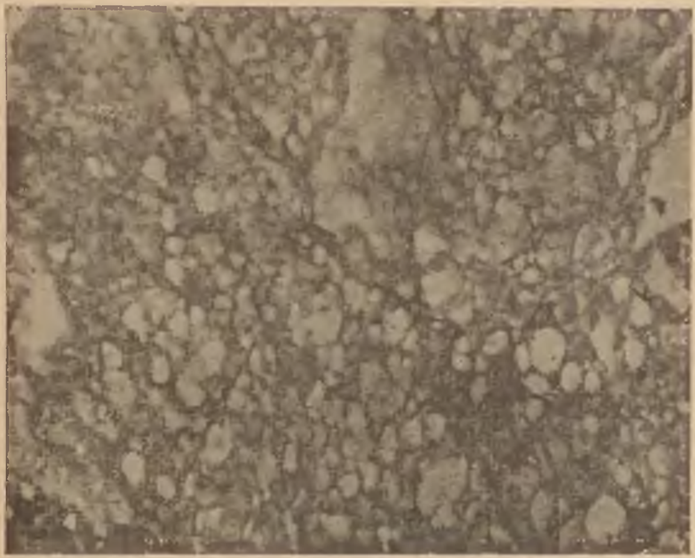
Sama kość wykazywała zmiany wyraźne już makroskopowo w postaci rozrzedzenia oraz wylewów krwawych (ryc. 2). Po odwapnieniu, które odbyło się bardzo prędko, w obrazie drobnowidowym potwierdzone zostało rozrzedzenie kości z obecnością licznych osteoklastów i wylewów krwawych. Zmiany te jednak nie posiadają jakiegoś wyraźniejszego charakteru a w każdym razie nie mają charakteru nowotworowego, raczej przypominają obrazy uszkodzenia powstającego dzięki działaniu mechanicznemu. Nie było również objawów głębszego uszkodzenia i zniszczenia kości.

Utkanie guza widoczne zarówno gołem okiem, jak również i pod mikroskopem, nie wykazywało różnic na różnych wycinkach, niezależnie od położenia ich w głębi, czy też bliżej ku powierzchni. Pod mikroskopem w zasadzie widzi się obraz następujący. Dość wyraźnie występuje w każdym polu widzenia



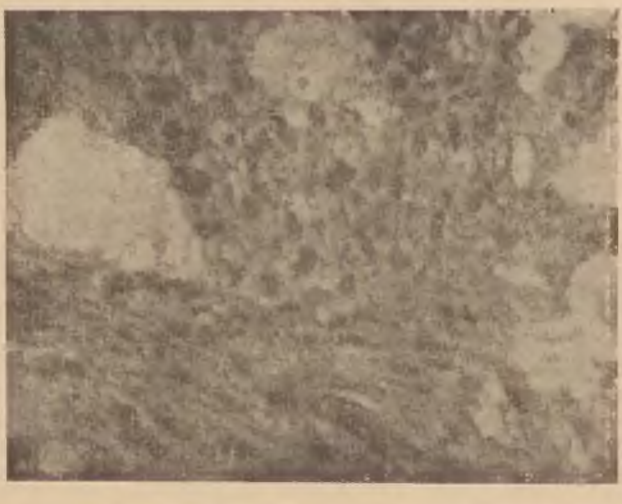
Ryc. 3.
Komórki wrzecionowate struniaka.

już pod małym powiększeniem delikatny zrąb mezenchymalny skąpo wykształcony. Zrąb łącznotkankowy układa się w formie pętli, zygzakowato. Pętlowate siateczki zrębu dość wyraźnie barwią się eozyną, natomiast bardzo trudno fuksyną. Na tym podścielisku znajdują się komórki o dość różnorodnym wyglą-



Ryc. 4.
Okolica guza z dużą ilością wodniczek.

dzie. Odbiegające od siebie zewnętrznym wyglądem komórki układają się jakby grupami. Zasadniczo można by odróżnić trzy grupy komórek. I. Skupienia komórek o postaciach wydłużonych, przypominających wyglądem komórki wrzecionowate (ryc. 3). Z biegunów tych komórek wychodzą wypustki rozgałęziające się w otoczeniu lub krzyżujące się z takiemiż wypustkami komórek sąsiednich. II. W innych, najczęściej spotykanych (ryc. 4) skupieniach komórkowych, już oglądanie pod małym powiększeniem nasuwa porównanie z gąbką lub innym ciałem porowatym. Wygląd ten powstaje dzięki obecności znacznej ilości wodniczek o różnej bardzo wielkości, ponieważ niejednokrotnie wypełniają one zupełnie komórkę, z protoplazmy której pozostaje tylko wąski paseczek. Wodniczki poszczególnych komórek zdają się miejscami zlewać w większe jamy przez zerwanie błon komórkowych, oddzielających komórki od siebie. Komórki czasami układają się warstwami jak listki cebuli, przeważnie jednak są porozrzucane w kształcie mozajki. III-ci wreszcie typ komórek, spotykany rzadziej niż oba poprzednie, wykazuje utratę wyraźnego odgraniczenia się jednych komórek od drugich (ryc. 5). Widzi się przeto czasami obrazy, gdzie w jednolitej masie są osadzone jądra, czasami oddzielone od siebie mniejszymi lub większymi wakuolami.



Ryc. 5.
Komórki struniaka bez wyraźnego odgraniczenia wzajemnego.

Jądra komórek przeważnie mają kształt pęcherzykowaty, chromatynę zbitą, rzadziej luźno ułożoną. Protoplazma komórek raczej skąpa, barwi się H.E. różowo (jak tkanka podścieliskowa).

Istota międzykomórkowa (poza istotą podścieliskową) wygląda bądź jednorodnie, bądź też ma charakter włóknisty lub wreszcie drobnoziarnisty, barwi się ona eozyną lekko fiołkowo. W istocie międzykomórkowej liczne szczeliny podłużne albo jamy o kształtach bardziej okrągłych lub owalnych.

Postawienie rozpoznania w tym przypadku nie nasuwało specjalnych trudności. Przede wszystkim typowe umiejscowienie na stoku Blumenbacha. Dalej wygląd makroskopowy, a więc przejrzystość, galaretowaty charakter — wszystko to upoważniało do rozpoznania *struniaka*. Badanie drobnowidowe całkowicie potwierdziło to rozpoznanie. Dodatkowo wykonane barwienie na mucynę wypadło ujemnie. Przy barwieniu na glikogen treść pęcherzyków zabarwiła się delikatnie różowo.

Nie będę się zatrzymywać nad wykluczeniem innych nasuwających się tutaj możliwości, jak chrzęstniaka, guza śluzakowatego, mięsaka itp. Z powyżej przytoczonego opisu należy wysunięte możliwości wykluczyć, ponieważ guz albo nie posiada cech swoistych dla wymienionych nowotworów, albo też posiada inne cechy, niecharakterystyczne zupełnie dla nich.

Nasuwa się natomiast inna kwestia do rozważenia. Struniak stwierdzono dopiero w czasie sekcji. Jest to więc stwierdzenie typowo przypadkowe. Za życia nie dawał ten guz żadnych objawów. Ten brak objawów klinicznych w świetle wyniku badania sekcyjnego wymagałby może przeprowadzenia rewizji. Myślę przede wszystkim o skargach chorego na *bóle* głowy. Skargi mieściły się oczywiście całkowicie w ramach zasadniczego procesu chorobowego psychicznego. Czy jednakże bóle głowy opisywane tak plastycznie przez chorego nie mogły zależeć również od guza umiejscowionego na podstawie czaszki? Można by się zapytać, czy i w jakim stopniu niektóre z halucynacyj nie dałyby się wytłumaczyć w świetle obecności procesu uciskowego w jamie czaszkowej z takim umiejscowieniem, jak w naszym właśnie przypadku.

W każdym bądź razie za życia objawy te nie nasuwały żadnych podejrzeń na schorzenia cielesne, tym bardziej, że badanie neurologiczne wypadło całkowicie ujemnie.

Cały szereg danych stwierdzonych przy oględzinach, jak i w czasie badania drobnowidowego nasuwa tu mimo nieznacznych rozmiarów guza i braku złośliwych cech klinicznie podejrzenie o złośliwość. A więc makroskopowo widoczne już zniszczenie tkanki kostnej, aczkolwiek inne tkanki sąsiednie, a przede wszystkim tkanka mózgowa była całkowicie oszczędzona, bo tylko poddała się biernie w okolicy mostu naciskowi. Do dalszych cech, które mogłyby przemawiać za złośliwym charakterem, można by zaliczyć ową trzecią grupę komórek (ryc. 5), gdzie zostały zatarte granice komórek, gdzie jądra posiadały różny kształt, gdzie w kilku miejscach nawet widziało się figury bezpośredniego podziału komórek. Jednakże małe rozmiary guza, słabe nasilenie złogów treści jednolitej, bądź ziarnistej między komórkami przemawiałyby przeciwko złośliwemu charakterowi sprawy. Komórki, aczkolwiek miejscami są ilościowo wzmożone i ulegają szybkiemu podziałowi, to jednak w ogóle robią wrażenie raczej spokoju. Trudno jest więc całkowicie pewnie wypowiedzieć się o charakterze guza na podstawie budowy anatomiczno-histologicznej, chociaż raczej należało by się skłonić do przyjęcia dobrotliwego charakteru. Wbrew przeto opinii szeregu autorów, jak np. Hassa, granica między złośliwością a dobrotliwością nie jest w takich przypadkach zbyt *ostra*. Należy przyjąć istnienie postaci *przejściowych* lub też mieszanych, jak chcą Wegelin i Linck.

Jeśli w naszym przypadku, nasuwającym podejrzenie o złośliwość z punktu widzenia właściwości budowy, a przy dobrotliwych jednocześnie cechach w przebiegu klinicznym, doszliśmy do wniosku, że mamy prawdopodobnie do czynienia z guzem przejściowym, to mimo woli nasuwa się pytanie innego rodzaju, czy w guzach traktowanych z punktu widzenia klinicznego jako złośliwe nie mamy często do czynienia z charakterem dobrotliwym pod względem anatomicznym. I rzeczywiście piśmiennictwo z tej dziedziny potwierdza takie przypuszczenia. Między innymi przypadek Hässnera może być tu ilustracją bardzo interesującą. Guz bardzo dużych rozmiarów, przebiegający z nasilonymi objawami klinicznymi w czasie badania histopatologicznego okazał się raczej dobrotliwym struniakiem.

Jeśli więc kryteria co do złośliwości lub dobrotliwości dotyczące guzów w ogóle nasuwają pewne zastrzeżenia w szczególnych wypadkach, to w stosunku do struniaków sprawa jest o wiele trudniejsza. Do cech złośliwości wg Wegelina przy struniaku należą: naciekający i niszczący rozrost ku sąsiednim tkankom, przenikanie do naczyń. Dalej — silnie dodatni odczyn na mucynę przemawiałby za szybko postępującym zwyrodnieniem; podobnież należało by rozumieć silnie dodatni odczyn na glikogen, który świadczyłby o znacznym zapotrzebowaniu tego produktu ze strony młodych i szybko rosnących komórek. Nie są to jednak zbyt pewne cechy, aczkolwiek jako wytyczne posiadają duże znaczenie.

Po tych rozważaniach dochodzimy do wniosku, że w sprawie struniaków należy raczej w ocenie złośliwości kierować się stanem klinicznym wyłącznie.

Przypadek nasz jest między innymi z tej właśnie strony godny uwagi, że zmusza do przeprowadzenia rewizji dotychczasowego poglądu na sprawę tzw. *ecchondrosis physaliphora*, jako czegoś, co i pochodzeniem i charakterem budowy ma się różnić od *chordoma*, który niezależnie od rozmiarów ma być zawsze złośliwym guzem. Pojęcie *ecchondrosis phys.* wprowadził Virchow, który pierwszy czy drugi z kolei opisał tę sprawę. Termin wprowadzony przez wielkiego anatoma błąka się jeszcze dotychczas na łamach podręczników i prasy lekarskiej, chociaż powinien być już dawno złożony do lamusa historycznych wspomnień. Jak sam termin wskazuje, Virchow rozumiał, że guzy opisane przez niego pochodzą z przerośniętych chrząstek kości klinowych. Chrząstki przy tym poprzednio oczywiście ulec miały zwyrodnieniu silniejszego stopnia. Przymiotnik *physaliphora* miał oznaczać następstwa zwyrodnienia.

Nasz przypadek, który, jak mogę wnosić na podstawie piśmiennictwa, jest niezwykle typowym okazem struniaka, ma pewne grupy komórek do złudzenia przypominające obrazy opisywane, nawet w ostatnich latach, jako właśnie *ecchondrosis physaliphora*.

Linck dzieli okresowe przemiany w obrębie struny grzbietowej na trzy zasadnicze etapy: 1) spokoju, 2) tworzenia się wodniczek (pęcherzyków), 3) tworzenia się włókien. Jeśliby porównać każdy z tych okresów do obrazów chociażby opisanych w naszym przypadku, to stwierdzamy podobieństwo, nawet prawie identyczność obrazów. Mamy również i tutaj komórki wrzecionowate, komórki z wodniczkami i komórki zupełnie niezróżniczkowane. Z Hässnerem możemy się zgodzić, że zachodzą różnice drobnowidowe między struną i struniakiem, ponieważ np. istota międzykomórkowa w struniaku jest *międzykomórkowa*, to znaczy, że otacza poszczególne komórki, a w strunie grzbietowej otacza ona grupy złożone z kilku do kilkunastu komórek. Jeśli przeto nie powinno się żądać przy ustalaniu rozpoznania struniaka całkowitej identyczności z obrazem spotykanym w *chorda dorsalis*, to niemniej należy przyjąć, że sprawy opisywane jako *ecchondrosis physaliphora* należą właśnie do kategorii struniaków.

Struniaki dość późno wzbudziły zainteresowanie, jeśli chodzi o dane w piśmiennictwie. Przypuszczać należy, że stwierdzano je i dawniej, ale zaliczano prawdopodobnie do jednej z kategorii guzów bardziej pospolitych, jak chrzęstniaki, guzy śluzakowate itp. Dopiero w r. 1858 po raz pierwszy Virchow zwrócił uwagę i podkreślił odrębny charakter tych guzów. Zarówno Virchow, jak i szereg autorów bezpośrednio po nim ogłaszających doniesienia stwierdzali nowotwory na podstawie czaszki i to mianowicie w obrębie stoku Blumenbacha. Virchow nazwał opisany przez siebie twór, jak to już nadmieniałem wyżej, *ecchondrosis physaliphrora*.

Dzisiaj jeszcze toczy się spór, czy nie należało by oddać pierwszeństwa Luschce, który opisał analogiczny twór na kilka miesięcy wcześniej. Określił on guz innym terminem niż Virchow. Müller w 1858 r. ustalił ścisły związek tych guzów ze struną grzbietową. Możliwość takiego związku nie była zdaje się obcą Virchowowi, aczkolwiek nie wysuwał on tej łączności na plan pierwszy. Dopiero Ribbert w 1894 r. potwierdził ścisły związek między struną grzbietową albo jej resztkami oraz guzami stwierdzanymi na podstawie czaszki. Ribbert również pierwszy wprowadził termin *struniaka*.

Nebelthau wykazał w 1897 r. obecność glikogenu w wakuolach komórek struniaka. Azais i Peyron opisali histogenezę i rozwój guza (1914 r.). Klebs w 1864 r. jako pierwszy opisał rozwój kliniczny w przebiegu struniaka złośliwego. Trelat w 1868 r. opisał guz poza jamą czaszkową w obrębie rdzenia. Opisał go zresztą pod mianem *ecchondrome muqueux*.

W każdym bądź razie podnoszą wszyscy autorzy ścisły związek struniaków ze struną grzbietową, a więc i miejscem rozwoju struny (kanał grzbietowy, kości podstawy czaszki). Są opisywane przypadki w miejscach nie typowych. Korycki np. znalazł struniaka w wyrostku zębodołowym szczęki dolnej i górnej. W szczęce górnej znalazł Rubaszow, Hirsch w okolicy migdałków.

W obrębie kręgosłupa najczęściej omawiane twory spotyka się w okolicy krzyżowej. Po raz pierwszy opisał tu guz Feldmann w 1910 r. Fletscher w r. 1935 zestawił na podstawie piśmiennictwa międzynarodowego 75 przypadków opisanych guzów krzyżowo-ogonowej okolicy. W innych odcinkach kręgosłupa spotyka się je o wiele rzadziej. Do 1933 r. zostało opisanych 8 przypadków guzów w okolicy szyjnej. Struniaków w jamie czaszkowej według zestawienia Mabreya opisano do 1935 r. 150.

Coenen opierając się na obrazie klinicznym i danych embriologii proponuje następujący podział struniaków:

I. *czaszkowe* z punktem wyjścia: a) z okolicy stoku Blumenbacha, b) z okolicy siodełka tureckiego, c) z jamy nosowo-gardłowej, d) z okolicy wyrostka zębowego kręgu obrotowego.

II. *szyjne* i *grzbietowe*.

III. *krzyżowe i ogonowo-krzyżowe*.

Jeśli chodzi o czas występowania, to przeważnie spotykamy się ze struniakami w 3—4—5 dziesiątku lat życia. Najwcześniejszy wiek, w którym stwierdzono guz, wynosi 1,5 miesiąca (Korycki). Najstarszy chory, u którego wykryto struniaka, liczył 82 lata. Klinicznie najwcześniej wystąpiły objawy w 5 r. ż. (Arauz i Podestà).

Na podstawie dotychczasowych statystyk stosunek mężczyzn do kobiet dotkniętych tym cierpieniem wynosi jak 3:2.

O przyczynach prowadzących do bujania nowotworowego resztek struny grzbietowej, dość zgodnie wypowiadają się wszyscy, że czynnik pobudzający nie jest właściwie znany. Poza działaniem *drażniącym* wyrośli kostnych bierze się pod uwagę rolę *urazu* (Bezard, Dunet, Peyron). Najbardziej zasługuje na uwagę oczywiście czynnik *dysgenetyczny*.

Właściwości *anatomiczno-histologiczne* struniaków ominę, powołując się na opis własnego przypadku, który w świetle piśmiennictwa jest poniekąd paradigmatem dla tych guzów. Należało by może na podstawie piśmiennictwa wskazać tylko na pewne szczegóły bardziej charakterystyczne, posiadające praktyczne w tej dziedzinie znaczenie. Dobrotliwe guzy są zwykle uszypułowane, posiadają nieznaczne rozmiary — od 1 mm do 3 cm. Są one miękkie, na wpół przeświecające, białe albo szarobiaławe. Czasami bywają one twarde i guzkowate lub też zrazowate. Charakterystyczne miejsce położenia pod mostem, wzdłuż rowka tętnicy podstawowej. W typowych wypadkach są

guzy w ścisłej łączności z małą, położoną w środkowej linii egzostozą i odchodzącą w tym miejscu od kości szypułą, która przebija oponę twardą. Szypułę nie zawsze zresztą stwierdza się i w takich wypadkach guz leży w przestrzeni podtwardówkowej albo gnieździ się pod twardówką na kości stoku. Dość często u podstawy guza widzi się wysepki chrząstki, wyrośla kostne, chrząstkowe oraz małe nadżerki kostne.

Dobrotliwe guzy są zwykle bez znaczenia klinicznego.

Guzy o bardziej złośliwym histologicznie charakterze leżą stale wzdłuż przebiegu struny i bardzo rzadko spotyka się je w miejscach nietypowych. Złośliwe guzy również mogą mieć charakter uszypułowany, bywają okrągłe, rozlane. Na stoku są one pokryte przez twardówkę a w jamie nosowo-gardzielowej przez śluzówkę.

Typowy struniak jest otoczony przez więcej lub mniej wykształconą torebkę łącznotkankową, wnikającą w głąb guza przez co powstaje szereg zrazów i zrazików.

Zraziki składają się z miękkiej, śluzakowatej lub galaretowatej tkanki, na wpół przeźroczystej. Silna opalizacja wskazuje zwykle na szybszy rozwój sprawy, a więc na bardziej złośliwy charakter procesu. Ogniska krwotoczne i martwicze są dość częste. Jako cechę stałą trzeba podnieść dość rozległe zmiany kostne w postaci rozrzedzenia i wtórnych krwotoków do tkanki kostnej. Nie spostrzega się skłonności do przerzutów i do wrastania do tkanki mózgowej. Reaktywny rozrost kości rzadki. Miękkie tkanki są nacieczone w rzadszych raczej wypadkach. Rozrost w żyłach i naczyniach limfatycznych należy do rzadkości.

Przy rozroście guza na podstawie czaszki przedni jego biegun może dojść aż do jamy nosowo-gardzielowej i czasami na podstawie właściwości tkanki obserwowanej w jamie nosowej można było postawić rozpoznanie. Ku tyłowi guzy dochodzą aż do kręgów. Przy rozrastaniu się może przyjść do zniszczenia leżących po drodze tkanek, jak np. siodełka tureckiego, nerwów wzrokowych itd. Nic dziwnego przeto, że klinicznie obserwuje się wówczas objawy guza przysadki, podejrzewa się bąblowca umiejscowionego na podstawie itp.

Przy opisie własnego przypadku podkreśliłem najważniejsze szczegóły budowy *drobnowidowej*. Niewiele mogę dodać na podstawie piśmiennictwa. Podkreśla się ogólnie znaczne podobieństwo w budowie i układzie komórek do różnych okresów rozwoju struny grzbietowej. H ä s s n e r wskazuje, że rzekoma gwiaździstość komórek pochodzi z tego, że liczne wypustki komórkowe w najbliższej odległości przy komórkach, bogate w protoplazmę — stopniowo ku obwodowi stają się coraz cieńsze. Jądra komórkowe są przeważnie owalne, często okrągłe. Jądra zawierają często punkcikowate ziarenka i błyszczące ostro odgraniczone jąderko. Czasami widuje się po parę jąder w komórce.

Z chwilą zjawienia się wakuolek widzi się je najpierw w jądrach, później jednak ilościowo przeważają one w protoplazmie, gdzie dochodzić mogą do bardzo znacznych rozmiarów oraz mogą być pojedyncze lub mnogie w jednej komórce. Jądro w takiej komórce przesuwa się na obwód. Takie zmiany prowadzą ostatecznie do nadania charakteru *„physaliphorus"*.

Zazwyczaj podścielisko łączno-tkankowe jest skąpe. Unaczynienie skąpe. Pomimo to martwica należy raczej do rzadkości.

Odchylenia od opisanego charakteru komórek mogą być w dwóch kierunkach. Zjawiają się komórki z figurami podziału, albo też powiększa się bardzo obficie istota międzykomórkowa.

Objawy kliniczne, jeśli występują, są zrozumiałe przy uwzględnieniu umiejscowienia guza, szybkości jego wzrostu oraz innych właściwości opisanych powyżej. Będziemy mieć przeto do czynienia z objawami wzmożonego ogólnie ciśnienia wśródczaszkowego i obok tego z takimi lub innymi objawami ogniskowymi, zależnymi od bliższego umiejscowienia sprawy chorobowej. Przy różniczkowaniu można by pamiętać o dość istotnym szczególe, że objawy zależne od struniaka o typowym umiejscowieniu w linii środkowej będą symetryczne. Bardzo rzadko struniak jest położony niesymetrycznie w jednej z bocznych jam czaszkowych.

Rokowanie przeważnie niepomyślne, aczkolwiek sprawa postępuje powoli. Złe rokowanie między innymi zależy od bezradności leczniczej. Zabiegi operacyjne w miejscu, gdzie guz najczęściej rośnie, są bardzo trudne. Naświetlanie promieniami Roentgena jest bez większego wyniku na dalszy przebieg sprawy.

Streszczenie. Autor opisuje przypadek struniaka z materiału szpitala psychiatrycznego w Choroszczy. Struniaki są rzadko stwierdzane nawet sekcyjnie. Piśmiennictwo światowe podaje 150 guzów jamy czaszkowej, 8 w okolicy szyjnej kręgosłupa oraz 75 przypadków okolicy krzyżowo-ogonowej. Przypadek autora jest pierwszym w piśmiennictwie polskim. Na podstawie analizy właściwości budowy guza autor przychodzi do wniosku, że odróżnianie dobrotliwych i złośliwych postaci winno polegać przede wszystkim na objawach klinicznych, ponieważ budowa anatomiczna makro- i mikroskopowa nie daje dostatecznych podstaw do oceny. W końcu następuje przegląd piśmiennictwa omawiającego struniaki.

Piśmiennictwo:

A d s o n, K e r n o h a n and W o l t m a n: Arch. of Neurol. 33, 1935. — A l a j o u a n i n e, d e M a r t e l, O b e r l i n g et G u i l l a u m e: Rev. neurol. 1, 1221, 1930. — A l e z a i s et P e y r o n: Bull. Assoc. franç. p. l'étude du cancer. 7, 194, 1914. — C i s a m i: Compt. rend. Soc. de biol. 83, 368, 1920. — C i s a m i: Compt. rend. Acad. d. sc. 174, 419, 1922. — A n d l e r R.: Arch. d. klin. Chir. 143, 1926. — A n d r é-T h o m a s et J u m e n t i é J.: Rev. neurol. 39, 300, 1923. — A n d r é and V i l l a n d r é M.: Rev. neurol. 1, 98, 1928. — A r a u z S. L. i P o d e s t a R.: Prensa med. argent. 10, 461, 1923—1924. — A r g a u d R.: Arch. de med. exper. et d'anat. path. 28, 364, 1918. — A r g a u d and C l e r m o n t D.: Ann. d'anat. path. 5, 145, 1928. — B a i l e y F. and B a g d a s a r D.: Am. J. Path. 5, 439, 1929. — B a r d e e n C. R.: Development of the Skeleton and of the connective tissues, in Keibel, F. and Mall. F. P. — Manual of Human Embryology — Philadelphia, J. B. Lippincott Company. 1910, vol. 1, p. 292. — B u r r o w J. le F. and S t e w a r t M. J.: J. Neurol. G. Psychopath. 4, 205, 1923. — C a m a u ë r A. F., L l a m b i a s C. A.. i M o r t o l a G. A.: Rev. oto-neuro-oftal. 1, 370, 1927. — C a n t o r i S t e r n: Arch. of Neur. 30, 1933. — C a p p e l l D. F.: J. Path. a. Bact. 31, 797, 1928. — C a s t e x M. R. i C a m a u e u r A. F.: Prensa med. argent. 14, 10, 1927. — C h e s k y: Arch. Surg. 24, 1932. — C h i a r i H.: Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 42, 481. 1928. — C i t e l l i S.: Valsalva. 3, 197, 1927. C o e n e n H.: Beitr. z. klin. Chir. 133, 1, 1925. — C u s h i n g H.: The pituitary body and its disorders. — Philadelphia J. B. Lippincot comp. — D a l a n d E. M. Chordoma. Boston M. § S. J. 180, 571, 1919. — D a v i s o n i W e i l: Arch. Neur. et psych. 19, 198. — D o n a t i i M a n g i n e l l i: Fol. Clin. et biol. 5, 1933. (San Paulo). — E c k e l J. L. and J a c o b s W. F.: J. nerv. § Ment. Dis. 61, 471, 1925. — E i t e l W.: Ein Beitrag zur Kasuistik der Chordome. Inaug. Dissert. Heidelberg, 1911. — F a b r i c i u s-M ö l l e r J.: Hospitalstid. 62, 849, 1919. — F e l d m a n n I.: Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. 48, 630, 1910. — F i d ł o w s k y: Sowietsk. Psichoniewrol. 11, 1935. — F i l i p p i n i G.: Riv. dell. osp. magg. di Milano. 12, 307, 1924; Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 35, 469, 1924—1925. — F i s c h e r B. und S t e i n e r H.: Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. 40, 109, 1907. (Patrz także S t e i n e r H.: Allg. Ztschr. f. Psychiatr. 62, 243, 1905). — F l e t c h e r, W o l t m a n, A d s o n: Arch. of Neur. 33, 1935. — F l e t c h e r: „Sacrococcygeal chordomas". Thesis University of Minnesota, 1933. — F r e n k e l H. et B a s s a l L.: Arch. de méd. expér. et d'anat. path. 22, 703, 1910. — F u r l o w: Arch. of Neur. 34, 1935. — F u r l o w and L o n i s: Arch. of Neur. 34, 1935. — G o e r k e M.: Ztschr. f. Laryng. Rhin. 20, 9, 1930. — G r a h l O.: Inaug. Dissert. Göttingen. 1903. — G r o s s m a n n B.: Monatschr. f. Ohrenh. 57, 610 und 1051, 1923. — H a s s: Arch. of. Neur. and Ps. 32, 1934. — H ä s s n e r: Virchows Arch. f. path. Anat. 210, 385, 1912. — H e l l m a n n K.: Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Hals-, Nasen- und Ohrenärtzte. p. 111, 1921. — H e n n i g L.: Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. 28, 593, 1900. — H e r r m a n n A.: Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfh. 124, 127, 1929. — T e n ż e: Ztschr. f. Laryng. Rhin. Otol. 22, 171, 1932. — H i r s c h: Monatschr. f. Ohrenh. 57, 1052, 1923. — H i r s c h C.: Ztschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenh. 28, 140, 1931. — H u t s o n and J o u n g: Gyn. and Obst. 48, 1929. — J e l e n j e w s k y K. F. and M e l n i k o w A.: Ortop. and traumat. vol. 2, 1928. — J e l l i f f e S. E. und L a r k i n J. H.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 5, 590, 1911; J. Nerv. § Ment. Dis. 39, 1, 1912. — J o y c e T. M.: S. Clin. North America. 13, 85, 1933. — K i r s c h b e r g A. und M a r c h a n d F.: Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. 5, 183, 1889. — K l e b s E.: Virchows Arch. f. path. anat. 31, 396, 1864. — T e n ż e: Die allgemeine Pathologie, Jena, Gustav Fischer, 1889, vol. 2, p. 693. — K l o t z A.: Chordome malin du nasopharinx, Semaine d. hôp. de Paris. 7, 56, 1931. — von K ö l l i k e r A.: Verhandl. d. phys.-med. Gesellsch. Würzburg. 10, 193, 1860. — K o n, J u t a k a: Beitr. z. path. Anat. u. Z. allg. Path. 44, 233, 1908. — K o r i t z k i G. E.: Charkowskij mied. Ż. 17, 62, 1914; Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 25, 638, 1914. — K o t z a r e f f A.: Cor.-Bl. f. schweiz. Aerzte. 48, 1007, 1918. — L e m k e R.:

Virchows Arch. f. path. Anat. 238, 310, 1922. — Lewis: Arch. Int. Med. 28, 1921. — Linck A.: Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. 46, 573, 1909. — Loebell H.: Ztschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenh. 21, 337, 1928. (Patrz także Siegmund). — Luschka H.: Virch. Arch. f. path. Anat. 9, 1856. — Mabrey: Amer. J. Canc. 25, 1935. — Machulko-Horbatzewitsch G. S. und Rochlin L. L.: Arch. f. Psychiat. 89, 222, 1930. — Mathias E.: Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch. Göttingen. 19, 198, 1923. (Patrz także Goercke: Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte. p. 117, 1921). — Mazzia O.: Gior. d. r. Accad. di med. di Torino. 16, 171, 1910; Zentralbl. f. allg. Path. 21, 769, 1910. — Micotti: Policlinico. 29, 1922. — Morpurgo: Beitr. z. Klin. Chir. 133, 1925. — Müller H.: Ztschr. f. rat. Med. 2, 202, 1858. — Nebelthau L. A.: Ueber die Gallertgeschwülste am Clivus Blumenbachii. Dissert. Marburg. 1897. — Oberling et Guillaume: Revue Neurol. 1, 1930. — Owen C. I., Hershey L. N. and Gurdjiam E. S.: Am. J. Cancer. 16, 830, 1932. — Pavlica F.: Bull. Assoc. franç. p. l'étude du cancer. 18, 634, 1929. — Podlaha J. und Pavlica F.: Virchows Arch. f. path. Anat. 267, 363, 1928. — Ribbert: Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anatomie. 1894. — Ribbert H.: Zentrabl. f. allg. Path. u. path. 5, 457, 1894. — Tenże: Verhandl. d. Kong. f. inn. Med. 13, 455, 1895. — Rocher H. L. et Guerin R.: Soc. nat. de chir. 56, 286, 1930. — Rubaschow S.: Zentralbl. f. Chir. 56, 137, 1929. — Schmorl G.: Zentralbl. f. Chir. 55, 2305, 1928. — Sedláčková-Šikl: podano u Podlaha i Pavlica. — Seiffer: Neurol. Zentralbl. 24, 469, 1905. — Selinsky H.: Arch. Neurol. i Psychiat. 28, 413, (Aug.) 1932. — Siegmund P.: Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch. 19, 201, 1923. — Simon: Deutsche Z. f. Chir. 241, 1933. — Soukup E.: Casop. lék. česk. 67, 1561, 1928; Zentrabl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenh. 13, 457, 1929. — Spiess G.: München. med. Wchnschr. 58, 2503, 1911. — Stanton O. L.: Canad. M. A. J. 27, 20, 1932. — Stewart M. J.: J. Path. u. Bact. 25, 40, 1922. — Stewart and Morin J. E.: J. Path. f. Bact. 29, 41, 1926. — Swars: Inaug. Dissert. Königsberg. 1921. — Syme W. S. and Cappell D. F.: J. Laryng. u. Otol. 41, 209, 1926. — Trélat: Gaz. d'hôp. 41, 254, 1868. — Virchow R.: Verhandl. d. phys.-med. Gesellsch. Würzburg. 8, 24, 1857. — Tenże: Untersuchungen über die Entwickelung des Schädelgrundes. Berlin, George Reimer. 1857, p. 51. — Wagenen: Arch. of Neur. 34, 1935. — Wegelin K.: Atti d. Cong. internaz. d. patologi 1, 70, 1912; Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 23, 11, 1912. — Williams L. W.: Am. J. Anat. 8, 251, 1908. — Zollinger: Am. J. Surg. 19, 1933.

FELIETON.

Doc. Dr T. BILIKIEWICZ. Kocborowo.

Wołanie na puszczy polskiej bibliografii lekarskiej.

Zaprawdę wołającym na puszczy nazwać trzeba Majora Dra Stanisława Konopkę. Odczyt jego o polskiej bibliografii lekarskiej, wygłoszony na Zjeździe Lekarskim we Lwowie w podsekcji bibliografii lekarskiej, odbył się w obecności historyków medycyny i nauk przyrodniczych. Natomiast przedstawiciele medycyny klinicznej i praktycznej nie okazali dla bibliografii lekarskiej żadnego zainteresowania. Słuchając odczytu kol. Konopki, odczuwało się ogromny żal, że słów tych nie słyszy cały polski świat lekarski. Kwintesencją odczytu kol. Konopki była analiza bibliograficzna przeciętnej pracy naukowej lekarskiej. Kol. Konopka zadał sobie po prostu trud zbadania ścisłości podanego na końcu pewnego artykułu piśmiennictwa. Punkt po punkcie przeszedł każde z przytoczonych źródeł, kontrolując jego wartość bibliograficzną. I oto cóż się pokazało? Całe to piśmiennictwo pozbawione jest wszelkiej ścisłości, a tym samym wartości naukowej. Dlaczego? Ponieważ polscy autorowie nie mają pojęcia o bibliografii i o metodzie pracy naukowej. Odnośniki, przypisy, źródła przytacza się z drugiej i z dziesiątej ręki, nie czytając ani nawet nie oglądając przytaczanych prac.

W dyskusji nad omawianym odczytem kol. Konopki, który — trzeba powiedzieć otwarcie — zrobił wstrząsające wrażenie na słuchaczach, określano wyraźnie takie metody pracy jako nieuczciwość. Nie wolno przytaczać prac, których się nie czytało. A tym bardziej nie wolno przytaczać nieczytanych prac, przekręcając tytuły, powtarzając bezwładnie cudze błędy i omyłki, a wreszcie podając fałszywe dane bibliograficzne.

Nie mam tutaj zamiaru streszczać wszystkich wywodów zawartych w interesującym odczycie kol. Konopki. Odczyt ten ukaże się w całości w druku i powinien być przeczytany przez każdego lekarza, który ma zamiar publikować choćby najskromniejszy artykuł, czy to kazuistyczny, czy jakikolwiek inny. Jest to rzecz powszechnie znana, iż nasi lekarze nie umieją korzystać z nowoczesnej aparatury naukowo-bibliograficznej. Większość lekarzy, którzy chętnie napisaliby to i owo, nie wie, jak do publikacji się zabrać. W jaki sposób zebrać piśmiennictwo na dany temat, od czego w ogóle zacząć. Szerokie rzesze lekarzy nie wiedzą, że istnieje jakieś „Polskie piśmiennictwo lekarskie“, „Bibliografia Lekarska“ Konopki itp. Nie umieją też z dzieł takich korzystać.

Fakt, iż podsekcja bibliografii lekarskiej obradowała we Lwowie w łonie sekcji historii medycyny, nie powinien nikogo dziwić. Bibliografia należy do nauk pomocniczych historii. Historyk jest z bibliografią obeznany dokładnie. Tylko historyk może nauczyć bibliografii i ścisłości metodycznej. W czasie dyskusji nad tymi tematami w wymienionej sekcji pokazało się, że wszystkie zakłady historii medycyny w Polsce, nawet te, które zmuszone są najciężej walczyć o byt, wprowadziły od dość dawna mniej lub więcej systematyczne kursy z zakresu bibliografii lekarskiej, stanowiące zazwyczaj przedmiot ćwiczeń seminaryjnych. Ćwiczenia te cieszą się z zasady popularnością medyków, i spotykają się z ich strony z pełnym zrozumieniem za wyjątkiem jednostek odznaczających się „praktycyzmem“ w najgorszym tego terminu znaczeniu.

Starsze pokolenia lekarskie niestety nie zawsze doceniają znaczenie bibliografii lekarskiej. Przed paru laty prof. Szumowski wraz z podpisanym ogłosili kurs bibliografii lekarskiej. Kurs ten nie doszedł do skutku z powodu nader skąpej ilości zgłoszeń. Fakt ten dowodzi, że lekarze jakby nie chcieli się bibliografii lekarskiej nauczyć.

W zeszycie III rocznika LXII „Kosmosu“, poświęconym XV Zjazdowi Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie, znajdujemy pierwszorzędnie pod względem metodyczności i ścisłości opracowaną Bibliografię Morszyna, pióra prof. dra Witołda Ziembickiego. Bibliografia ta przynosi 343 pozycyj. Dla każdego, kto w przyszłości chciałby cokolwiek napisać o Morszynie i zapoznać się wprzódy z dotyczącym piśmiennictwem, praca prof. Ziembickiego stanowi nieprzebraną kopalnię i murowaną podstawę. Jakie znaczenie ma tego rodzaju praca bibliograficzna. dokonana wzorowo, z dążnością do wyczerpującego przedstawienia rzeczy — to chyba każdy zrozumie, kto w życiu opracowywał choćby najdrobniejszy temat naukowy i stał bezradny wobec licznych prac na podobne tematy. A jednak sprawa ta nie wydaje się każdemu tak oczywistą. Podobno pewna znakomita skądinąd osobistość naukowa, patrząc na mozolne wysiłki prof. Ziembickiego w czasie powstawania wymienionej pracy, zagadnęła go z rozbrajającą otwartością: „Poco Pan to właściwie tak dokładnie robi?“

Na szczęście mnożą się znaki, iż zrozumienie dla bibliografii zwolna budzi się wśród lekarzy. Zasługi pod tym względem przypisać trzeba naszym zakładom historii medycyny, a zarazem w ogromnym stopniu niestrudzonemu Koledze Majorowi Konopce, który w swej Bibliotece Centrum Wyszkolenia Sanitarnego w Warszawie stworzył ośrodek bibliografii lekarskiej, postawiony na europejskim poziomie. Instytucja ta udziela informacyj bibliograficznych lekarzom pracującym naukowo. Dotychczas stosunkowo bardzo mała ilość lekarzy korzysta z tej jedynej w swoim rodzaju placówki. Oby niniejsze moje uwagi przyczyniły się do obudzenia żywszego zrozumienia dla bibliografii lekarskiej.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Polski. Nr 10. 1937. Janiszewski T.: Idea państwowa a zdrowie. — Różycki St.: Mało znana broszura. — Karasiński St.: O zadaniach medycyny społecznej w Polsce. — Spychała W.: Działalność Opieki Zdrowotnej nad młodzieżą akademicką w Poznaniu. — Dzius L.: Walka z kiłą na terenie Gdyni. — Karasiński St.: Wyniki badań kandydatów do studiów w szkołach wyższych w Krakowie za lata 1935—1936 i 1936—1937.

Gazeta Lekarska Śląska Polskiego. Z. 4. 1937. Kostka E.: Przyczynek historyczny do udziału lekarzy Polaków w odrodzeniu narodowym Górnego Śląska (IV). — Karasiński St.: Choroba Banga u ludzi. — Strumieński S.: Ołowica, jej le-

czenie i profilaktyka. — Schlönvogt E.: Zmiany histologiczne narządów miąższowych pod wpływem tyroksyny (dok.). — Koszyk J.: Zmiany gruczołów dokrewnych w doświadczalnej tyreotoksykozie (dok.).

Nowiny Lekarskie. Z. 19. 1937. Jezierski W.: znaczenie badań interferometrycznych dla kliniki. — Lakner L.: Teofil Kaczorowski a teoria zakażenia ogniskowego. — Chojnacki F.: Przyczynek do zagadnienia ziarniniaków plazmocytarnych spojówki. — Wierusz A.: Rola lekarza w orzecznictwie wypadkowym.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 37. 1937. Korzybski T.: O znaczeniu reakcji ze złotem koloidowym w płynie mózgowo-rdzeniowym. — Horowicz Zdz.: Paraglutynacja pałeczki okrężnicy wyosobnionej z kałów w przebiegu duru brzusznego. — Lewenfisz M.: Rentgenoterapia okolicy przysadkowej w schorzeniach ogólnych. — Festensztat A.: O drgawkach w wieku dziecięcym i o ich doraźnym leczeniu. — Kacprzak M.: Poglądy na szczepionki.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 9—10. 1937. Kotulski St.: Wpływ wewnętrznego wydzielania na sprawy chorobowe jamy ustnej i zębów. — Atlas K.: Czynniki endogenne i egzogenne przy powstawaniu parodontoz. — Bardasz-Druckerowa A.: Rola witaminów i gruczołów wkrewnych przy powstawaniu paradentozy. — Margulies H.: Ogólnie i miejscowo działające środki lecznicze polecane obecnie przy leczeniu parodontoz.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 41. 1937.

Wiadomości Lekarskie. Nr 1. 1937. Hozer J.: Instytucje lecznictwa zbiorowego, a obronność kraju.

OCENY.

Nouvelle pratique dermatologique (Nowa praktyka dermatologiczna). DARIER, SABOURAUD, GOUGEROT, MILIAN, PAUTRIER, SÉZARY, CLEMENT, SIMON. Masson i Sp. Paryż 1936. T. V. Str. 958.

Czytelnik, który poznał już pierwsze cztery tomy „Nowej praktyki dermatologicznej" z niemałym zainteresowaniem bierze do ręki jej tom V, poświęcony zagadnieniom dermatologicznym, bynajmniej nie łatwym do jasnego i przystępnego omówienia. W tomie V bowiem znajdzie szczegóły dotyczące tematów bądź spornych jeszcze i przez różne szkoły dermatologiczne rozmaicie ujmowanych, bądź też ze względu na niejasną jeszcze etiologię wymagających starannego, krytycznego i bezstronnego przedstawienia. Tematy takie nastręczają dosyć sposobności do omówienia jednostronnego, do niedomówień, do pominięcia tych lub owych poglądów, przyjmowanych przez jednych a odrzucanych stanowczo przez drugich, a przez to piętrzą przed autorami trudności ujęcia ich w całość przystępną i jasną. Te zupełnie uzasadnione obawy czytelnika maleją stopniowo w miarę, jak się rozczytuje we wspomnianym na wstępie tomie V „Nowej praktyki dermatologicznej", nie gorszym, mimo trudności tematów od tomów poprzednich.

Że autorowie (i to liczni) tomu V wyszli z piętrzących się przed nimi trudności zwycięsko, zawdzięczać należy nie tylko umiejętnemu doborowi ludzi do tych tematów, ale w niemałej mierze także szczęśliwemu pomysłowi stopniowego wprowadzania czytelnika w zagadnienia patologii, patogenezy i biologii ogólnej, jako rzeczy nieodzownych do bliższego zrozumienia spostrzeganych faktów klinicznych.

Każdy dział tomu V poprzedza krytyczne omówienie panujących obecnie w nauce poglądów, a że autorowie umieli przedstawić je jasno, że nie szeregowali ich luźnie obok siebie bez logicznego ich powiązania, że w wyniku ich rozważania dali przeważnie trafną syntezę, wszystko to złożyło się na całość dydaktycznie dobrze ujętą.

Tom V „Nowej praktyki dermatologicznej" obejmuje choroby skórne, będące w związku z odczynami skórnymi (*réactions cutanées*) z zaburzeniami humoralnymi, z zaburzeniami krążenia, wewnątrzwydzielniczymi, z zaburzeniami układu nerwowego, krwiotwórczego oraz barwice skóry *(dyschromiae)*. Tak zwane „choroby odczynowe skóry" rozpoczyna krótkie, ale jasne omówienie pokrzywki w opracowaniu Flandina, Poumeau-Delille i Sulié. Podkreślić należy dobre ujęcie sposobów leczenia pokrzywki, z należytym uwzględnieniem leczenia przyczynowego tam, gdzie przyczynę istotną pokrzywki można ujawnić wnikliwą analizą faktów.

Sézary i Horowitz opracowali na przeszło 100 stronach trudny do ujęcia dział wyprysku. Można powiedzieć śmiało, że dział ten zawiera wszystkie nowsze poglądy dotyczące określenia wyprysku i to nie tylko poglądy szkoły francuskiej, ale także innych szkół dermatologicznych, a jasne, bezstronne i krytyczne ich rozpatrzenie przynosi zaszczyt autorom. Uwzględniono w krótkim rysie historycznym zmieniające się co jakiś czas pojęcia nasze o wyprysku od czasów najdawniejszych, bo od chwili, kiedy po raz pierwszy pojawiło się słowo „eczema" u Aëtiusa z Amidy w r. 543 poprzez Willana, Batemana, Rayera, Wilsona, Hebrę, Unnę, badaczy amerykańskich, poprzez Brocqa, Dariera, Jadassohna, Blocha aż do czasów najnowszych, aż do międzynarodowego kongresu dermatologów w Kopenhadze (w r. 1930), temu tematowi głównie poświęconego. Oczywiście na przestrzeni wieków zmieniał się nie tylko pogląd na to, co należy zaliczyć do grupy wyprysku, ale także na to, jak najtrafniej ująć definicję wyprysku i wykazać jego podstawowe przyczyny. W ujęciu autorów „wyprysk jest pęcherzykowym zapaleniem ujawniającym się w powierzchownych warstwach powłok skórnych (głównie przyskórka) powstałym na skutek chorobowego swoistego podłoża, w którym rozmaite przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne, dla większości ludzi obojętne, wywołują owe zmiany chorobowe". Sam przez się nie jest wyprysk chorobą w ścisłym tego słowa znaczeniu, tylko chorobliwym oddziaływaniem skóry na rozmaite bodźce.

Takie określenie wyprysku można uznać za trafne i słuszne — nie można jednak rozszerzać pojęcia wyprysku na osutki uczuleniowe grzybicze (*trichophitides et favides)*, jak to wynikało by ze wzmianki na str. 45, wzmianki, której przeciwstawia się twierdzenie autorów na str. 100. Tzw. *„eczematides"*, do których wliczono także wyprysk łojotokowy, stanowią osobną grupę, opracowaną przez Sézarego; osobno omawiają też Sézary i Miget potnicę *(dysidrosis)*, kładąc nacisk na jej częstą etiologię grzybiczą. Rozróżnianie jednak aż 5 postaci klinicznych potnicy jest może zbyt drobiazgowe.

L. Huet przedstawił bardzo troskliwie i sumiennie świąd jako objaw chorobowy pierwotny i samoistny, a zaraz po jego opisie przeszedł do omówienia świerzbiączki i liszaja pokrzywkowego. Odpowiednio do poglądów szkoły francuskiej, różnej, jak wiadomo, od szkoły niemieckiej, zwłaszcza wiedeńskiej, rozróżnia autor rozmaite odmiany świerzbiączki, wprawdzie postaciowo bliskie, ale etiologicznie różne. Dla autora podstawą przynależności do wspólnej grupy świerzbiączki jest wspólny wszystkim (etiologicznie różnym) rodzajom świerzbiączki zasadniczy typ wykwitu skórnego. Na str. 286 omawia autor *„Prurigo vulgaris"* i sam zaznacza, że w niektórych przypadkach „jest prawie niemożliwe ustalić różnicę bezwzględną" między *„Prurigo vulgaris", a „Neurodermitis"*. Jeśli tak jest, to godzi się zapytać, czy wyróżnienie takiej odmiany świerzbiączki jest dostatecznie usprawiedliwione i uzasadnione?

W rozdziale IV tomu V zatytułowanym: „Choroby skóry, pozostające w związku z zaburzeniami krążenia krwi i limfy" zgrupowano umiejętnie zespoły chorobowe lub choroby skóry takie, jak: rumień wzruszeniowy, dermografizm i sinicę (Nicolas i Pillon), rozstrzenie naczyniowe plamiste (Nicolas i Lebeuf), rumień trwały (Nicolas i Pétouraud), siność kończyn (Nicolas i Clara), erytromeralgia (Nicolas i Rousset), chorobę Raynauda (Nicolas i Ravault), siność goleni kobiet młodych (Nicolas i Pétouraud), zgorzel pochodzenia naczyniowego (Nicolas i Ravault), *angiodermitis pigmentosa* (Favre), wrzód żylakowy podudzia (Favre i Josserand), rozmaite rodzaje plamicy (Ferrand), plamicę naczyniastą obrączkowatą Majocchiego (Chatellier) oraz słoniowatość i jej odmiany (Lacapère). Mimo współpracy tylu autorów, co zwyczajnie odbija się na jednolitości opracowania, ten dział chorób skóry przedstawiono jasno, przystępnie i zajmująco, co świadczy chlubnie o należytym „zgraniu się" współautorów.

Choroby skóry, pozostające w związku z zaburzeniami układu krwiotwórczego opracował niezwykle przystępnie i jasno A. Nanta. Duży dar dydaktyczny tego autora, umiejętne ugrupowanie poszczególnych jednostek czy zespołów chorobowych, niemniej chłodny sąd o tym, co wiemy już dziś na pewno, a czego jeszcze nie wiemy, daje czytelnikowi należyty pogląd na ten dział chorób skóry tak ważny a przecie tak trudny do ujęcia w całość przystępną i jasną. Autorowi należy się też za jego pracę szczególniejsze uznanie.

Z niemniejszym zainteresowaniem i duża korzyścią czyta też czytelnik opracowany przez Spillmanna rozdział VI poświęcony chorobom skóry, pozostającym w związku z zaburzeniami czynności gruczołów wkrewnych i zaburzeniami od-

żywczymi. Doskonale ujęty wstęp, zapoznający czytelnika z wiadomościami ogólnymi, trafna ocena wartości i sposobów badania zaburzeń czynności gruczołów wkrewnych, sposobów, jak słusznie podkreśla Spillmann jeszcze nie wystarczających do zbyt pochopnego wyciągania wniosków, należyty wszędzie umiar i chłodny krytycyzm autora, świadczą chlubnie i o należytym teoretycznym opanowaniu przedmiotu i o dużym doświadczeniu klinicznym.

Omawiany rozdział VI zamyka Watrin zbyt krótkim, jak na tak obszerne dzieło opisem kępek żółtych. Następujący po nim rozdział VII, zatytułowany: „choroby skóry pozostające w związku z zaburzeniami układu nerwowego" jest dziełem Clément Simona. Nie można było wybrać do tego trudnego działu lepszego przedstawiciela i interpretatora, jak właśnie Clément Simona. Kto czytał świetne pod każdym względem, żywe i barwne „Listy do lekarza praktykującego w dermatologii i wenerologii" oraz „Nowe listy" tego autora, tego nie zdziwi, że równie świetnie, barwnie i jasno wypadł omawiany rozdział VII. Ten zasłużony autor a zarazem świetny stylista jednoczy w sobie lekkość dialektyki Sabourauda i krytycyzm i dar jasnego przedstawienia tematu, właściwy Pautrierowi i tym ujmuje czytelnika i przykuwa jego uwagę.

Umiar w ocenie faktów, jakiego się trzyma Simon, przebija wyraźnie w jego poglądach, dotyczących nerwów troficznych a barwność opisów, ścisłość rozumowania i powściągliwy krytycyzm uwydatnia się w pięknym ustępie końcowym omawianego rozdziału, zatytułowanym: „stygmaty mistyków". Autor w zarysie historycznym przytacza liczne przypadki stygmatów mistyków, zmieniające się, zależnie od epoki poglądy na ich wiarygodność, a kończy krytycznym rozważaniem objawów głośnej obecnie stygmatyczki Teresy z Konnersreuth.

A. Sézary omawia w rozdziale VIII barwice skóry, poprzedziwszy je krótkim, ale jasno przedstawionym wstępem o pochodzeniu i rozmieszczeniu melaninu. Uwzględnia wszystkie najnowsze teorie i ocenia je ostrożnie i krytycznie. Na opisie piegów, ostudy i bielactwa nabytego (Sézary i Duruy) kończy się omawiany tom V „Nowej praktyki dermatologicznej".

Z obowiązku sprawozdawcy muszę wytknąć pewne nieścisłości, jakie zauważyłem w ciągu czytania tego wartościowego dzieła.

Na str. 37 znalazłem zdanie, że „w wyprysku po pęknięciu pęcherzyków pozostają owrzodzenia", gdy w rzeczywistości pozostają jedynie nadżerki, gojące się zwykle bez blizny. W rozpoznaniu różniczkowym akrodynii (str. 774) zaznacza C. Simon, że w odmrozinach, nie jak w akrodynii, nie ma nadmiernego pocenia, gdy odmrozinom podlegają szczególnie łatwo ludzie dotknięci niedorozwojem naczyń krwionośnych łącznie z nadmiernym poceniem się.

Wyrażenie „chryzarobina i jej podstawowy składnik kwas chryzofanowy" (str. 888) jest nieścisłe, bo z chryzarobiny, jako składnika podstawowego powstaje na powietrzu przez utlenianie, kwas chryzofanowy. Znamię białe odróżnić można od znamienia anemicznego Vörnera (str. 901) znacznie łatwiej przez potarcie skóry i wywołanie przekrwienia, niż przez zalecany ucisk szkiełkiem.

Srebrzyca bynajmniej nie oszczędza błon śluzowych, jak pisze autor na str. 906, ale przeciwnie przy srebrzycy uogólnionej bardzo często ulega zabarwieniu błona śluzowa jamy ust i spojówki.

Wreszcie w dziale chorób skóry powstałych na skutek zaburzeń w gruczołach wkrewnych, opracowanym tak troskliwie przez Spillmanna należało umieścić liszajec opryszczkowy Hebry, bo jego łączność z niedomogą gruczołów przytarczycznych jest już dziś dostatecznie dowiedziona.

Lenartowicz (Lwów).

Nutritive and therapeutic values of the Banana (Odżywcza i lecznicza wartość bananów). Zbiór naukowego piśmiennictwa. Wydane przez „Research Department United Fruit Company". Boston 1936. U. S. A. Str. 146.

Jest to zbiór artykułów (dotyczących wartości odżywczych i leczniczych bananów) uporządkowany alfabetycznie podług nazwisk autorów. Na końcu książki znajdujemy spis, w którym wymienione są choroby, w których podawanie bananów byłoby wskazane, składniki, owoce porównywane do bananów itp. Daje to możność zorientowania się w piśmiennictwie dotyczącym tego owocu. Streszczeń jest 292, pomiędzy nimi nie brak wybitnych nazwisk dietetyków jak v. Noorden, Graham Lusk, Atwater. Aron itp. Podany jest skład bananów, wartość odżywcza, zawartość życianów, skład mineralny, z którego wynika, że banany obfitują w żelazo, potas, fosfór, magnez, że nie brak im miedzi i krzemu, że witaminy A zawierają 71 do 95 jednostek, witaminy B 5 jedn., witaminy C 57 jedn., wit. G 10 jedn. Podane są w przejrzystej formie składniki: woda 76%, cukry 19%, białko 1,3%, tłuszcz i drzewnik po 0.6%.

Podane są ilości odpowiadające jednemu owocowi, tuzinowi owoców, funtowi, łyżce itp. Słowem jest to zbiorowa monografia banana, która ze względu na taniość owocu i trwałość (skóra broni bardzo dobrze przed zakażeniem — jak z badań przytoczonych wynika) czyni pożądanym obniżenie ceny tego owocu, który u nas jest niedostępny dla szerszych mas ludności, a wszędzie indziej w Europie należy do najtańszych owoców. Godny uwagi jest spis jarzyn i potraw podany w pierwszym sprawozdaniu Alvarez, Walter et Hinshaw Corwin, z którego widać, jakie owoce i potrawy wywołują mdłości, odbijania, zgagę, bóle głowy i okazuje się, że i pod tym względem należą banany do najbardziej znośnego pożywienia.

W. Moraczewski (Lwów).

Bedeutung des Kuhmilchfettes für die Säuglingsernährung (Znaczenie krowiego masła w odżywianiu dziecka). E. MÜLLER. Ferd. Enke. Stuttgart 1937. Str. 85. Cena: 5 RM.

W bardzo pouczającym wstępie podaje autor historię odżywiania osesków, które ulegało licznym zmianom zależnie od zapatrywań i w którym to odżywianiu przeważały bądź to tłuszcze, bądź węglowodany, zależnie od panujących przekonań. Wielkie zmiany poczyniono w sposobie odżywiania od czasu wykrycia znaczenia życianów, szczególniej życianów A, D i C. Bardzo szczegółowo zajmuje się autor w drugiej części dziełka składem tłuszczu tj. składnikami, jak kwasy tłuszczowe, fosfatydy i cholesteryna. Barwik masła karoten, oczywiście bardzo szczegółowo jest omawiany, jak i ergosteryna, jako prowitamina masła, przy czym autor dochodzi do wniosku zgodnego z zapatrywaniami licznych autorów, że witaminy D jest w mleku stosunkowo mało i że szkody wynikłe przez brak mleka świeżego w odżywianiu osesków nie tylko na braku witaminy D polegają, ale są raczej wywołane brakiem kalorii. Rozdział trzeci poświęcony jest sprawie wyzyskiwania masła przez ustrój, przy czym zwrócono uwagę nie tylko na formę podania: zawiesinę lub rozpuszczenie w formie stopionego masła, ale na uboczne składniki pożywienia, jak cukier i sole, od których chłonienie masła zależy. Znaczenie dla ustroju oseska tych poszczególnych składników jest treścią rozdziału czwartego, przy czym główną uwagę zwrócił autor na witaminę A. Rozdział piąty traktuje o przyrządzaniu pożywienia dla dziecka, które składem swym naśladować ma mleko matki i którego wartość cieplikowa ma być pokryta w 6% przez białko, 50% przez tłuszcze a 44% przez cukier. W końcowym rozdziale autor podaje sposoby określania wartości witaminowej pożywienia i oznaczenie spektrofotometrycznie zawartości karotenów w maśle.

Książka ta daje bardzo cenne wskazówki i ma wartość nie tylko praktyczną, ale i naukową i słusznie nagrodzona została na konkursie jako najlepsze dzieło o odżywianiu niemowląt.

W. Moraczewski (Lwów).

Blutdiagnostik für den praktischen Arzt. A. HITTMAIR. Stron IV + 116. Berlin u. Wien 1937, Urban-Schwarzenberg.

Ogół lekarzy docenia ważność badania cytologicznego krwi dla rozpoznania, rokowania i leczenia wielu schorzeń. Jedynie technika badania nastręcza często duże trudności. Dlatego autor, znany z innych prac z zakresu hematologii, przedstawił w omawianym dziełku wszystko, co lekarz praktyk powinien wiedzieć o cytologicznym badaniu krwi. Naprzód omówił bardzo szczegółowo metodykę, podkreślając ważne drobiazgi, potem morfologię krwi, a wreszcie rozpoznanie różniczkowe schorzeń krwi i innych, mających znamienny obraz krwi. Schorzenia i zmiany obrazu krwi zestawione w pouczających tablicach. Skorowidz i 100 rycin, częściowo kolorowych (znanych z innych wydawnictw Urbana-Schwarzenberga) kończą to naprawdę praktyczne, bardzo pożyteczne i polecenia godne dziełko.

H. Długosz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Szybka i łatwa metoda barwienia komórek kwasochłonnych. G. R. MAILLA. Min. Med. Nr 30. 1937.

Po omówieniu dotychczas stosowanych metod barwienia krwi, autor podaje swoją metodę, polegającą na tym, że sporządza się roztwór eozyny w gorącej wodzie przekroplonej

w stosunku 1/200 i roztwór azur II również w gorącej wodzie przekroplonej w stosunku 1/200. Oba roztwory są trwałe i nie psują się. Rozmaz krwi utrwala się przez 4—5 minut alkoholem metylowym i po zmyciu wodą i osuszeniu bibułką barwi się wyżej wymienionym roztworem eozyny przez 2 min. na gorąco, podgrzewając zapalonym wacikiem przepojonym alkoholem. potem zmywa się wodą przekroploną, osusza i barwi roztworem azur II przez 4—5 min. również na ciepło. Po osuszeniu ogląda się preparat pod drobnowidem. Komórki kwasochłonne mają żywo czerwoną protoplazmę, komórki neutrochłonne słabo różową, inne komórki barwią się, jak barwikiem May-Grünwalda. Barwienie to trwa 10 minut. *Mester* (Kraków).

Dreszcz jako zastępczy atak zimnicy. A. SARNO. Min. Med. Nr 31. 1937.

Ukryta zimnica może występować pod najrozmaitszymi objawami klinicznymi — wśród tych opisywano również występowanie dreszczów bez następowego wzrostu ciepłoty. Autor opisuje przypadek, w którym co trzeci dzień występował silny dreszcz bez gorączki. Badanie krwi początkowo nie wykazało pasożytów zimnicy. Dopiero po wstrzyknięciu adrenaliny wystąpiły gorączki do 40° i wówczas badanie krwi wykazało obecność we krwi obwodowej *plasmodium vivax*. Leczenie chininą dało zupełne wyleczenie. *Mester* (Kraków).

Salvia officinalis jako anthidroticum. J. KOCHER. Prakticky Lekar. Z. 5. 1937.

Autor omawia różnice poglądów o wpływie *Salvia officinalis* na ogólną hiperhydrozę. Różnice spowodowane były bądź niedostatkiem obiektywnych metod do oznaczania działania przeciwpotnego, bądź z powodu zbyt niskiego dawkowania.

Po wzmiance o doświadczeniach Mayra autor podaje swoje doświadczenia z dializatem szałwii. Badania przeprowadzone zostały dokładną mikrometodą opisaną przez autora.

Wyniki: 1) we wszystkich doświadczeniach ziele okazało się skutecznym, 2) intensywność działania nie była u wszystkich osób równa, w większości zaś przypadków była jednak bardzo znaczna przy odpowiedniej dawce.

Autor poleca używanie szałwii, lecz ostrzega przed zbyt niskimi dawkami, które sie zwykle zapisuje a które są przyczyną nie zadawalniających wyników. *Ungar* (Lwów).

Czy można w praktyce używać metody Crecclia-Seiferta. F. TWAREK i E. PODEŠVA. Prakticky Lekar. Z. 5. 1937.

Po przeprowadzeniu porównawczych badań (150) pomiędzy metodami Crecclia-Seiferta, Hagedorn-Jensena i Mac Leana doszli autorzy do przekonania, że metoda Crecclia-Seiferta daje te same wyniki, co tamte. Czułość waha się pomiędzy 10.5 mg %; błąd indywidualny wynosi 0.5%, najwyżej 1.0%. Ze względu na swą dokładność i łatwe przeprowadzenie nadaje się doskonale dla praktyka. Do celów naukowych nie polecają autorzy tej metody, jakkolwiek wyniki były zgodne z wynikami innych metod. *Ungar* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Sto przypadków ostrych spraw zapalnych leczonych węglem stosowanym dożylnie. SANTORO E. La Riforma Medica. Nr 15. 1937.

Od połowy 1935 roku zaczął autor stosować dożylnie zawiesinę węgla zwierzęcego w najróżnorodniejszych ostrych sprawach zapalnych (*abscessus, flegmona, sepsis puerperalis, endo- i parametritis, osteomyelitis, cholecystitis, arthritis, erysipelas itd.*). Na sto przypadków osiągnięto korzystne wyniki w 26%. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Autouropioterapia w zakażeniach ropnych dróg moczowych. FAZIO G. Rivista Sanitaria Siciliana. Nr 8. 1937.

Fazio przedstawia kilka ostrych i przewlekłych przypadków zakażeń ropnych dróg moczowych, wyleczonych autouropioterapią; omawia technikę autouropioterapii i mechanizm jej działania. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Leczenie pląsawicy za pomocą soli złota. I. CORNIA. Min. Med. Nr 23. 1937.

Autor leczył 4 przypadki pląsawicy dożylnymi wstrzykiwaniami soli złota — sanokryzyny, — i we wszystkich przypadkach osiągnął w ciągu 20—30 dni zupełne wyleczenie. Chorzy znosili bardzo dobrze to leczenie — żadnych innych leków nie podawano. *Mester* (Kraków).

Leczenie chorób stawowych kąpielami słono-jodowymi. B. NOLLI. Min. Med. Nr 28. 1937.

Autor dzieli choroby stawowe na: 1) ostry gościec stawowy, 2) zakaźne zapalenia stawów np. wiewiórowe i inne, 3) gruźlicze zapalenia stawów, 4) schorzenia stawów na tle nerwowym, 5) urazowe i 6) przewlekłe schorzenia stawów rozmaitego pochodzenia. Ostry gościec stawowy po przejściu ostrego okresu, nawet gdy są jeszcze stany podgorączkowe i obrzęki stawowe, ulega wyleczeniu po kąpielach solankowo-jodowych. Wszystkie inne grupy schorzeń stawowych z wyjątkiem dny ulegają również znacznej poprawie lub wyleczeniu. Okres wyleczenia poprzedza krótkotrwałe zaostrzenie sprawy chorobowej. *Mester* (Kraków).

Pierwszy przypadek Sodoku w Jugosławii. DRAGIŠIĆ i KALUDJERSKI. Liječnicki Vjesnik. Nr 6. 1937.

Dziecko 13-miesięczne zostało ukąszone w mały palec przez szczura przed 2 miesiącami. Po 6 tygodniach obrzęk ręki, gorączka do 39°. Stwierdzono na ręce prawej *lymphangitis*, powiększone gruczoły, na ciele osutkę o typie *erythema multiforme* i *er. nodosum*. Śledziona powiększona, gorączka przerywana, leukocytoza przy limfopenii. Leczenie solusalwarsanem. *R. L.* (Lwów).

Obecne leczenie chorób umysłowych. D. JULIUS. Liječnicki Vjesnik. Nr 8. 1937.

W referacie poglądowym uwzględnia autor w szczególności nowe sposoby, jako to, leczenie insuliną schizofreników (250 przypadków) i leczenie konwulsyjne kardiazolem wedle Meduny. O obu wyraża się korzystnie, zastrzegając się jednak, że konieczne jest wypracowanie szczegółowe wskazań i metodyki na podstawie dalszych obserwacyj. *R. L.* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Złamania wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych. A. POLIZZOTTO. Rivista Sanitaria Siciliana. Nr 8. 1937.

Autor opisuje 4 przypadki złamania wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych, ich patogenezę, zmiany anatomiczne i objawy kliniczne. Następnie omawia ich leczenie i dochodzi do wniosku, że najlepszą metodą leczniczą jest krótkie unieruchomienie kręgosłupa oraz bezpośrednio potem odpowiednio zastosowana i dobrze przeprowadzona fizjoterapia. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Choroby skórne i weneryczne.

Podwójne zakażenie grzybicowe. M. MILOVANOVIĆ. Medicinski Pregled. Nr 1. 1937.

Autor opisuje 4 przypadki, w których wykazano podwójne zakażenie, mianowicie 3 razy przez *Trichophyton album* i *Tr. violaceum*, zaś raz *Tr. violaceum* i *Sabouraudites audouini*. *R. L.* (Lwów).

Marconi-terapia w dermatologii i wenerologii. Wpływ fal krótkich na przebieg kiły doświadczalnej i na rozwój gonokoków. CASTELLINO G. La Riforma Medica. Nr 28. 1937.

Z doświadczeń autora wynika, że fale krótkie są zdolne wywrzeć działanie biologiczne na krętki i gonokoki w tym kierunku, iż utrudniają rozwój i przebieg kiły i rzeżączki i wyjaławiają odpowiednie hodowle. Dodać należy, że wybitniejszy wpływ wywierają na gonokoki, aniżeli na krętki. Zaznaczyć również należy, że wynik działania fal krótkich jest miejscowy i zależny od czynnika termicznego, a więc nie ma mowy o jakiejś swoistości działania fal krótkich na krętki i gonokoki. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Okulistyka.

Kryształy cholesteryny w przedniej komorze oka. A. SPANIĆ. Liječnicki Vjesnik. Nr 5. 1937.

Chora 29-letnia zauważyła od 2 lat pogorszenie widzenia w oku prawym, potem przyłączyły się bóle głowy, stan zapalny i w końcu chora oślepła. Stwierdzono zmętnienie rozlane rogówki a w dolnej części przedniej komory masy żółtawe, połyskujące krystalicznie, zanik tęczówki. Mikroskopowo rozpoznano kryształy cholesteryny. Autor uważa, że chora przeszła *endophtalmitis, iridocyclitis*. Tłuszczowe zwyrodnienie zapalonych tkanek doprowadziło do wytworzenia się kryształów cholesteryny w przedniej komorze i ciałku szklistym. *R. L.* (Lwów)

Neuritis retrobulbaris nutritionalis z następowym zanikiem nerwu wzrokowego. D. F. MOORE. The Lancet. Str. 1225, 1937.

Autor opisał w 1934 r. przypadki *neuritis retrobulbaris* na tle awitaminozy u murzynów w Nigerii (Afryka). Główne objawy tej awitaminozy są: upośledzenie wzroku, bolesny język lub bolesna cała jama ustna, łuszczenie się i swędzenie worka mosznowego oraz pewne zaburzenia psychiczne i nerwowe. Leczenie drożdżami, tranem, żelazem i winem palmowym daje korzystne wyniki. Autor sądzi, że powyższa choroba jest awitaminozą B_2.

Wl. Elmer (Lwów).

W sprawie projektowanego przez Naczelną Izbę Lekarską w Warszawie wydawania Polskiego Tygodnika Lekarskiego.

Rada Nadzorcza Spółki Wydawniczej Lekarskiej we Lwowie uchwaliła na posiedzeniu w dniu 17 października br. wysłanie do Naczelnej Izby Lekarskiej pisma, którego treść umieszczamy poniżej w odpisie. Kopię tego pisma wysłano wszystkim Izbom Okręgowym, Towarzystwom i Związkom Lekarskim oraz Redakcjom pism fachowych.

Do Zarządu

NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Warszawa
ul. Fredry 2

W związku z projektowanym przez NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ zamiarem wydawania z dniem 1 stycznia 1938 r. nowego tygodniowego naukowego pisma lekarskiego, Rada Nadzorcza SPÓŁKI WYDAWNICZEJ LEKARSKIEJ we Lwowie, jako wydawca POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ, na posiedzeniu odbytym w dniu 17. X. 1937, uchwaliła zwrócić się do NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ w Warszawie z przedstawieniem sytuacji zagrażającej rozwojowi POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ, jak i innym tygodnikom lekarskim w Polsce.

Dotychczasowo ukazujące się w kraju cztery tygodniowe czasopisma lekarskie: najstarsze NOWINY LEKARSKIE, POLSKA GAZETA LEKARSKA, WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE i MEDYCYNA, mające już w dorobku ustalone tradycje, skupiły dookoła siebie liczne grono pracowników naukowych w zakresie medycyny i przyrody, praktyków lekarzy i stale wzrastające koło czytelników.

Czasopisma te założone i istniejące dzięki ofiarności i trudom zespołów lekarzy, którym przyświecała idea podnoszenia poziomu naukowego zawodu lekarskiego w Polsce, jako też pragnienie wzmożenia zasięgu wpływów polskiej nauki lekarskiej na szerokim świecie, stają dziś wobec sytuacji zagrażającej ich bytowi.

Stworzenie przez NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ konkurencyjnego tygodniowego pisma lekarskiego, po cenie poniżej kalkulacyjnych możliwości rynkowych, pozbawić może istniejące w kraju cztery pisma lekarskie znacznej liczby prenumeratorów a nawet może zachwiać podstawami ich bytu i działalności. Niszczenie tych warsztatów pracy było by ciężkim błędem i nie dającą się powetować stratą dotychczasowego ich dorobku moralnego, stanu posiada i z trudem osiągniętych rezultatów.

Cena prenumeraty rocznej nowego POLSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO wynosić ma złotych piętnaście. Ta niska cena możliwą jest tylko dzięki subwencji, jaką wydawnictwu temu zapewnić ma MINISTERSTWO OPIEKI SPOŁECZNEJ. Plan taki uniemożliwiałby dotychczas wychodzącym czasopismom lekarskim, opartym na normalnej kalkulacji wydawniczej i dotąd samowystarczalnym, utrzymać się na rynku i rywalizować zdrową konkurencją.

SPÓŁKA WYDAWNICZA LEKARSKA we Lwowie, posiadająca w gronie swoim zasłużonych autorów i pracowników na niwie medycyny naukowej, przekonaną jest, że projekt NACZELNE IZBY LEKARSKIEJ byłby w obecnych warunkach słuszniejszym, gdyby ograniczał się do projektu wydawania nieistniejącego dotąd a niezbędnego w Polsce miesięcznika lub kwartalnika referatowego z przeglądem prasy medycznej krajowej i zagranicznej i któryby w syntezach przedstawiał całokształt postępu nauki lekarskiej.

Odwołując się do statutowych założeń i podstawy celów NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ w zakresie obrony bytu lekarskiego, podnoszenia etyki lekarskiej i ułatwienia zadań ideowych i naukowych dążeń szerokich sfer lekarskich w Polsce, wyrażamy nadzieję, że projekt tworzenia POLSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO godzący w interesy i żywotność dotychczas istniejącej prasy lekarskiej w Polsce, opierającej się na inicjatywie prywatnej, będzie zaniechany a przygotowane do tego celu przez NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ siły moralne i materialne zużytkowane będą na dopomożenie istniejącym czasopismom do dalszego podwyższenia poziomu ich wartości naukowej i praktycznej, a także możliwie najszerszego ich zasięgu, poczytności i dostępności.

Sekretarz Rady Nadzorczej Sp. Wyd. Lek. *Prof. Dr K. Bocheński*	Prezes Rady Nadzorczej Sp. Wyd. Lek. *Prof. Dr M. Franke*

Lwów, 22 października 1937.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Z powodu przekroczenia granicy wieku prof. dr M. Rutkowski ustąpił ze stanowiska kierownika Kliniki Chirurgicznej U. J. w Krakowie Na to stanowisko został powołany prof. dr J. Glatzel, prym. Oddz. Chir. Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Dr Bolesław Wieleński, długoletni sekretarz Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej został mianowany z dniem 1. X. 1937 lekarzem administracyjnym Z. U. Sp. w Poznaniu.

Dr Tadeusz Szulc, naczelny lekarz miejski w Poznaniu, ustąpił z tego stanowiska z dniem 30. IX. 1937.

W Uniwersytecie Jagiellońskim zostali mianowani: dr Jan Glatzel — prof. nadzw. chirurgii, doc. dr Jan Miodoński — prof. nadzw. oto-laryngologii.

Dotychczasowy nadzw. prof. fizjologii w Akad. Med. Wet. we Lwowie, dr Andrzej Klisiecki, został mianowany prof. zw.

W Uniwersytecie Poznańskim: prof. nadzw. dr Ignacy Hoffmann został mianowany prow. zw. patologii ogólnej i doświadczalnej, dr Witołd Kapuściński — prof. zw. okulistyki, dr Roman Leszczyński — prof. nadzw. farmakologii, dr Wacław Jan Strażewicz — prof. nadzw. farmakognozji.

W Uniwersytecie J. P. w Warszawie: dr Witołd Gądzikiewicz został mianowany prof. zw. higieny ogólnej, dr Józef Grzybowski — prof. nadzw. chirurgii operacyjnej i anatomii topograficznej, dr Irena Maternowska — prof. nadzw. nauki o środkach spożywczych pochodzenia zwierzęcego, dr Ernest Sym — prof. nadzw. chemii ogólnej i fizjologicznej, doc. dr Adolf Wojciechowski — prof. nadzw. chirurgii.

W Uniwersytecie St. B. w Wilnie: mgr Jan Kazimierz Muszyński został mianowany prof. zw. farmakognozji i hodowli roślin lekarskich, dr Władysław Bujak — prof. nadzw. pediatrii, dr Brunon Nowakowski — prof. nadzw. higieny, dr Henryk Ernest Ruebenbauer — prof. nadzw. farmacji stosowanej.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XXIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lekarskiego odbyło się dnia 15 października br. Porządek dzienny: 1. Kol. Schmidt T. (gość): a) Przyp. małopłytkowości pierwotnej okresowej (pokaz). b) Przyp. rodzinnej niedokrwistości hemolitycznej w 3 pokoleniach (pokaz). 2. Kol. Albert Z.: Pokaz preparatów anatomo-patologicznych z przypadku ostrego żółtego zaniku wątroby. 3. Kol. Elmer W.: Wyniki leczenia cukrzycy insuliną protaminową (wykład).

Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich odbędzie się w roku 1939 w Katowicach i poświęcony będzie dwom tematom głównym: leczeniu niewydolności krążenia (referenci): Włodzimierz Filiński i Antoni Sabatowski) i leczeniu hormonalnemu (referenci: Włodzimierz Koskowski, Teofil Kucharski i Tadeusz Zawodziński). Referaty wolno zgłoszone mogą być przyjęte tylko jeżeli swą treścią będą ściśle związane z tematami głównymi.

Tegoroczny zjazd *International Society of Medical Hydrology* z siedzibą w Londynie, grupujący przedstawicieli lekarzy balneologów 30 państw obradował w Niemczech od 17—22 października br. i to kolejno we Frankfurcie nad Menem, w Wiesbaden, Nauheim i Bad Ems. Siedziba biura zjazdu i mieszkania uczestników mieściły się w Wiesbadenie. Po Zjeździe odbyły się wycieczki do dalszych zdrojowisk, jak Kissingen, Baden-Baden, Schwalbach i Schlangenbad. Głównymi tematami obrad były bioklimatyka (meteorologia lekarska), psychoterapia w uzdrowiskach oraz historia naturalna borowin. Grupę polską I. S. of Medical Hydrology reprezentował na tegorocznym zjeździe dr St. Sroczyński, lekarz zakładowy Inowrocławia-Zdroju. Odczyt o źródłach mineralnych Polski wygłosił dr Julian Papierkowski ze Lwowa. Program zjazdu przewidywał dokładne zapoznanie się z urządzeniami wielkich zdrojowisk zachodnio-niemieckich, państwowego instytutu balneologicznego i instytutu im. Kerckhoffa w Nauheim oraz zwiedzanie fabryk I. G. Farbenindustrie w Höchst.

Różne.

Z kraju.

W dniu 7 b. m. delegacja Z. U. P. w osobach nowo obranego Prezesa Związku sen. Stanisława Karłowskiego i dyrektorki H. Minkiewiczowej złożyła wizytę Ministrowi Komunikacji płk. J. Ulrychowi i wiceministrowi inż. A. Bobkowskiemu. Delegacja Związku U. P. w czasie audiencyj prosiła o poparcie ze strony najwyższych władz komunikacji w Państwie postulatów uzdrowisk w dziedzinie połączeń kolejowych, dróg automobilowych, dojazdowych, szos i in., wysuwając jako sprawę pierwszorzędnej wagi budowę projektowanej linii kolejowej Kielce-Mędrzechów przez Busko i Solec. Dziękując za okazywaną już niejednokrotnie przychylność dla spraw komunikacyjnych uzdrowisk, delegacja wyraziła szczególną wdzięczność p. wiceministrowi Bobkowskiemu za inicjatywę i przeprowadzenie akcji na rzecz tanich przejazdów i pobytów nad polskim morzem i w szeregu miejscowości uzdrowiskowo-turystycznych w okresie wczesnej jesieni. Minister Komunikacji i Wiceminister Bobkowski jak najprzychylniej ustosunkowali się do poruszanych przez delegację Związku Uzdrowisk potrzeb komunikacyjnych polskich miejscowości leczniczych.

Dnia 17. X. br. odbyło się w związku z 15-leciem Centrum Wyszkolenia Sanitarnego i Szkoły Podchorążych Sanitarnych uroczyste odsłonięcie tablicy ku czci poległych medyków. Tablica została wmurowana w hallu „Domu Medyków" w Warszawie. Aktu odsłonięcia tablicy dokonał premier Składkowski i wygłosił przemówienie, czcząc pamięć poległych medyków. Drugą podniosłą uroczystością była promocja w Szkole Podchorążych Sanitarnych w obecności wiceministra gen. Litwinowicza.

W Bystrej na Śląsku odbył się w czasie od 11.—13. IX. br. Zjazd Zrzeszenia dyrektorów sanatoriów przeciwgruźliczych. Referaty wygłosili doc. dr W. Grabowski (Lwów): o nowych zdobyczach z dziedziny diagnostyki rentgenologicznej, dr Spitzer i dr Pojerski o czynnościowym badaniu płuc.

W Istebnej odbyło się dnia 22. VIII. br. poświęcenie Wojewódzkiego Zakładu Leczniczo-Wychowawczego im. Marsz. J. Piłsudskiego. W uroczystości wziął udział Pan Prezydent Rzeczypospolitej.

Dnia 18 września br. odbyła się w Łodzi uroczystość otwarcia nowego gmachu IV Szpitala Okręgowego w Łodzi. Nowy szpital został nazwany imieniem gen. dra Sławoj-Składkowskiego.

Dyrekcja Lasów Państwowych w porozumieniu z Min. Op. Sp. przystępuje do budowy łaźni dla ludności wiejskiej, które będą budowane przede wszystkim na Kresach Wschodnich, we wsiach, sąsiadujących z lasami państwowymi.

W r. 1936 posiadała Polska 672 szpitale z 70.734 łóżkami czyli 20,9 łóżek na 10.000 mieszkańców. Największą liczbę łóżek szpitalnych ma Kanada (92,6 na 10.000 mieszkańców).

W r. 1935 Polska posiadała 12.427 lekarzy, z czego 4.763 przypadało na miasta mniejsze i okręgi wiejskie. Na 10.000 mieszkańców wypadało w Polsce 3,7 lekarzy. Najwięcej lekarzy ma Japonia (10,5).

Tularemia w Europie Środkowej i Turcji. Pierwszy przypadek tularemii zanotowano w r. 1925 w Austrii. W r. 1936 liczne przypadki tularemii spostrzeżono na Morawach. W czasie od końca roku 1936 do dnia 15. IV. 1937 r. zliczono w Czechosłowacji 391 przypadków (277 na Morawach, 110 w Słowacji, 4 w Pradze). W 90% wykazano styczność chorych z zającami, w 10% źródłem zakażenia były króliki i myszy. W Turcji zachorowania na tularemię datują się od czerwca 1936 r. i od tego czasu widuje się liczne przypadki tularemii u żołnierzy garnizonu w Luleburgaz. Liczba zachorowań w Turcji wynosiła w tym czasie 150 (133 żołnierzy i 17 osób cywilnych), a zakażenie szerzyły zwierzęta i owady.

Francja.

W Paryżu w czasie od 28. VII. — 2. VIII. br. odbył się kongres poświęcony zagadnieniom ludnościowym, zwołany przez Międzynarodowy Związek Badań Zagadnień Ludnościowych. Okazuje się, że prócz Francji depopulacja nawiedza i inne kraje, szczególnie Anglię, kraje skandynawskie, Estonię i Austrię, o czym w swoim czasie donosiliśmy. Przez delegację polską (14 osób) wygłoszonych zostało siedm referatów (S. Adamowiczowej, S. Fogelsona, M. Kacprzaka, J. Smoleńskiego, S. Szulca, T. Wałek-Czarneckiego). Następny kongres odbędzie się za 3 lub 4 lata najprawdopodobniej w Warszawie.

W dniach 12 i 13 lipca br. odbył się w Paryżu IV Międzynarodowy Zjazd Robót Publicznych w dziedzinie higieny. Jednym ze stałych wiceprezesów tych zjazdów jest dr Witołd Chodźko, b. minister Zdrowia Publicznego i obecny Dyrektor Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie. W IV Zjeździe paryskim wziął udział z ramienia Polski inż. mgr Zygmunt Rudolf, kierownik działu techniki sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Niezależnie od kilku ogólnych wniosków, dotyczących elektryfikacji wsi, kinematografii wychowawczej w dziedzinie higieny i sprawy utworzenia we wszystkich krajach narodowych komitetów robót publicznych w dziedzinie higieny, wymieniony zjazd międzynarodowy uchwalił następującą zasadniczą deklarację:

„Kongres oświadcza wobec zdobyczy nauki i doświadczenia, że choroba nie może być uważana obecnie za wypadek indywidualny lub nieszczęście osobiste; że jest ona rezultatem zbyt ciasnego pojmowania ze strony czynników, które zajmują się więcej leczeniem niż zapobieganiem; czynniki te są za nią odpowiedzialne. Choroba jest faktem pochodzenia zbiorowego. A więc zapobieganie chorobie w każdym kraju powinno być organizowane z tego samego tytułu, co i ochrona przeciw napastnikowi i że w obu przypadkach jest to ten sam obowiązek obrony narodowej, włożony na władze. Kongres zwraca się z apelem do opinii publicznej, aby każdy żądał ubezpieczenia przeciw chorobie przez „zapobieganie" tak, jak żąda zabezpieczenia przeciwko wojnie przez „zbrojenia". Kongres uważa, że realizowanie wysiłku, aby rozpowszechnić wszędzie wodę, powietrze i światło, daje natychmiastowe zwroty w postaci istnień ludzkich. W ten sposób można utworzyć wszędzie środowiska rodzinne i socjalne — komfortowe i będące w dobrobycie — a więc każdy wydatek, który do tego prowadzi, jest twórczy, gdyż tworzy prawdziwe bogactwo kraju, który pragnie ludności silnej i szczęśliwej".

Z treści tej deklaracji zjazdowej wynika niewątpliwie, jak wielkie znaczenie ma dla każdego państwa racjonalny rozwój działu techniki sanitarnej.

Szwajcaria.

Rozpatruje się tu od lat sposoby, które by mogły zaradzić nadmiarowi lekarzy. Liczba lekarzy w Szwajcarii jest za duża i ciągle wzrasta, przekraczając znacznie zapotrzebowanie w stosunku do przyrostu ludności.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—

za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.